A Gestão do SUS no Âmbito Estadual

o caso do Rio de Janeiro

A Gestão do SUS no Âmbito Estadual

o caso do Rio de Janeiro

Maria Alicia D. Ugá
Marilene de Castilho Sá
Mônica Martins
Francisco Campos Braga Neto

Organizadores

ISBN: 978-85-7541-198-8

Capa, projeto gráfico
Carlota Rios
Editoração eletrônica
Robson Lima
Supervisão Editorial
Janaina de Souza Silva
Revisão
Lídia Helena Ururahy Mayer e
Hellen Dutra
Normalização Bibliográfica
Clarissa Bravo

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

G393 A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro / Organizado por Maria Alicia D. Ugá ... [et al.] – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
380 p. il., tab., graf.

1. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Conselhos de Saúde. 4. Vigilância Sanitária. 5. Trabalho. 6. Educação em Saúde. 7. Hospitais de Emergência. 8. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD – 362.10425

2010
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 / 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

A Miguel Murat Vasconcellos,
companheiro de tantas lutas,
nossa homenagem, nossa admiração
e nosso carinho

Autores

Adelyne Maria Mendes Pereira – Enfermeira, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutoranda em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz.

Adolfo Chorny – Administrador de empresas, pesquisador titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Anilska Medeiros Lima e Lira – Enfermeira, mestranda em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Antenor Amâncio Filho – Advogado, doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pesquisador titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Antônio Ivo de Carvalho – Médico, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Creuza da Silva Azevedo – Psicóloga, mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Cristiani Vieira Machado – Médica, mestra e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Eliane Oliveira – Nutricionista, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (Nerhus) do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Elizabeth Barros – Socióloga, especialista em Planejamento Governamental e em Análise de Políticas Públicas, consultora técnica de planejamento e pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) entre 1976 e 1996.

Francisco Campos Braga Neto (Organizador) – Médico, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutorando em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz, professor titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Francisco Viacava – Médico, mestre em Medicina Preventiva e Social pela Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto), pesquisador colaborador do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz).

Gilberto Sonoda – Fisioterapeuta, especialista em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), consultor técnico da Escola de Governo em Saúde (EGS) da Ensp/Fiocruz, servidor da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Gisele O´Dwyer – Médica, mestra em Saúde Pública pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Daps/Ensp) da Fiocruz.

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes – Assistente social, mestra e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora titular do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Ensp/Fiocruz.

Isabela Soares Santos – Cientista social, mestra e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), gerente do Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência (PDTSP/VPPLR) da Fiocruz.

Lenice Gnocchi da Costa Reis – Médica, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutoranda em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz, pesquisadora assistente do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Luciana Dias de Lima – Médica, mestra e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), pesquisadora adjunta do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Marcia Teixeira – Socióloga, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), analista sênior de Gestão em Saúde do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Margareth Crisóstomo Portella – Engenheira, mestra em Engenharia Biomédica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutora em Health Policy and Administration (University of North Carolina at Chapel Hill), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Maria Alicia D. Ugá (Organizadora) – Economista, mestra em Economia pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IE/UFRJ), doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Maria de Fátima Lobato Tavares – Médica, mestra em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fiocruz, pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Maria Eliana Labra – Administradora Pública pela Universidad de Chile, mestra em Administração Pública pela Fundação Getulio Vargas/Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas (FGV/Ebap), doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Maria Helena Machado – Socióloga, mestra em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Marilene de Castilho Sá (Organizadora) – Psicóloga, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora associada do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Marina Ferreira de Noronha – Enfermeira, mestra em Health Planning and Financing pela London School of Economics and Political Sciences, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Marismary Horsth De Seta – Enfermeira, mestra e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), tecnologista sênior do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Miguel Murat Vasconcellos (*in memoriam*) – Médico, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), doutor em Engenharia Biomédica pelo Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Coppe/UFRJ), pesquisador titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Mônica Martins (Organizadora) – Nutricionista, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutora em Santé Públique pela Université de Montréal, pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da nsp/Fiocruz.

Mônica Wermelinger – Bióloga, mestra em Microbiologia pelo Instituto de Microbiologia Paulo de Góes da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IMPPG/UFRJ), doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), tecnologista da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz.

Neuza Maria Nogueira Moysés – Cientista social, mestra em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF), pesquisadora associada do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Patrícia Ribeiro – Psicóloga, mestra em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), pesquisadora adjunta do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Ensp/Fiocruz.

Regina Bodstein – Socióloga, mestra em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF), doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora titular do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Ensp/Fiocruz.

Rosana Kuschnir – Médica, mestra em Gestão de Serviços de Saúde (Health Services Management Center/Universidade de Birmingham/Inglaterra), doutora em Saúde Planejamento e Política de Saúde pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), pesquisadora colaboradora da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (EGS/Ensp/Fiocruz).

Silvia Gerschman – Socióloga, mestra em Ciências Políticas pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Silvia Marta Porto – Matemática, mestra em Administração Pública pela Fundação Getulio Vargas (FGV), doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Ensp/Fiocruz.

Sílvio Ferreira Júnior – Economista, mestra e doutor em Economia Aplicada pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), professor e pesquisador da Fundação João Pinheiro (FJP - MG).

Sulamis Dain – Economista, mestra em Ciências Econômicas pela Escuela Latino Americana para Graduados, doutora em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), livre-docente pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IE/UFRJ), professora titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Tânia Maria Peixoto Fonseca – Médica, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), mestra em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Tatiana Wargas de Faria Baptista – Psicóloga, mestra e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), pesquisadora associada do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Vera Lúcia Edais Pepe – Médica, mestra em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP), pesquisadora titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz).

Sumário

Prefácio

Pelo bom governo em saúde

É com especial satisfação que prefacio este livro organizado pelos meus colegas Maria Alicia D. Ugá, Marilene de Sá Castilho, Mônica Martins e Francisco Campos Braga Neto, e que conta também com muitos outros pesquisadores do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz). Não só pela qualidade dos artigos, que eu já esperava, mas pela pertinência da escolha do tema: o papel que as unidades da federação estão desempenhando no atual modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), estudando exaustivamente o caso do estado do Rio de Janeiro.

Este tipo de trabalho se inscreve numa linha que tenho defendido ao longo do tempo como um papel imprescindível e indelegável do verdadeiro Instituto Nacional de Saúde Pública do Brasil, que é a Fundação Oswaldo Cruz: aprofundar o monitoramento e a avaliação do SUS, gerando inovações para o seu aperfeiçoamento, numa função de 'instituto de governo em saúde'. Ou seja, espaço não só de formação de recursos humanos, mas de autêntica produção de conhecimento inovador, capaz de ser incorporado ao ensino, que certamente se tornará muito mais apropriado no contexto, como também de apoio à introdução de tais inovações na vida concreta dos sistemas de saúde. Ademais, não com a visão unilateral da 'academia', mas em processos construídos com os próprios gestores, o que de fato ocorreu no âmbito da cooperação entre a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro e a referida Ensp.

A partir de dois capítulos de natureza mais conceitual, sobre o pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS, e sobre regionalização e coordenação intergovernamental, meus colegas mergulham fundo no próprio sistema de saúde do Estado do Rio de Janeiro, examinando o processo de formulação e implementação de políticas de saúde; as características e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, arguindo sobre a complexidade e os paradoxos do controle social; o papel dos estados na vigilância sani-

tária; o financiamento, o ambiente da informação, a gestão do trabalho, e o impacto da regionalização sobre a equidade. Outros temas que seguem são da esfera da assistência hospitalar no SUS do estado, analisando o desempenho da rede de prestadores e a organização da atenção às urgências e emergências. Um artigo analisa a promoção da saúde e outro o tema crucial da atenção primária de saúde no SUS.

Livros como este são capazes de muitas contribuições, das quais destaco duas: a primeira, aprofundar o conhecimento teórico-conceitual sobre sistemas de saúde e sobre os métodos para fazê-lo, pela capacidade de generalização que oferecerem a partir de estudos de caso, dada a qualidade e o rigor de cada uma das distintas miradas empreendidas pelos autores; outra contribuição é para a intervenção concreta no sistema particular que foi estudado. Difícil dizer, neste caso, qual terá sido a mais relevante. O que sim se pode afirmar é que a presente obra produz um intenso e criativo diálogo entre estas duas dimensões, o que a torna profundamente interessante e bastante atemporal, o que é uma qualidade positiva em trabalhos acadêmicos que, por isso mesmo, tendem a permanecer mais tempo válidos no mundo competitivo e devorador de novidades das ciências sociais contemporâneas.

Um risco em livros como este é o da fragmentação de uma realidade una, editorialmente chamada 'coletânea'. Contudo, o cuidado das oficinas que construíram o livro, além do trabalho de eficaz costura entre os diversos capítulos, certamente induzida pelos coordenadores, dá a agradável e imprescindível sensação de unidade; isto é, as diversas dimensões de um sistema social complexo como o de saúde, analisadas num recorte conjuntural e institucional, apresentam-se harmonicamente interrogadas na essência de suas convergências e contradições.

Em síntese, ganham muito os leitores que estão com o livro em mãos, assim como o campo conceitual e metodológico de análise de sistemas de saúde por esta produção do coletiva do Daps/Ensp/Fiocruz.

Paulo Marchiori Buss

Professor do Departamento de Administração e Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz), diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, ex-presidente da Fiocruz e membro titular da Academia Nacional de Medicina (ANM).

Apresentação

Este livro tem como origem duas inquietações centrais. A primeira diz respeito ao papel que a esfera estadual está desempenhando no atual modelo de descentralização e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como se dá hoje a atuação e o poder de intervenção das secretarias estaduais no contexto do Pacto pela Saúde? Quais são os principais desafios que coloca hoje a gestão estadual do SUS? Essas são perguntas em relação às quais buscamos respostas neste livro.

A segunda motivação desta obra nasce da carência de análises sobre o estado do Rio de Janeiro propriamente dito. Até que ponto o fato de ter sido, desde o Brasil colonial até o final da década de 1950, o coração político e administrativo do país não deixou como herança, no imaginário 'carioca/fluminense', uma preocupação prioritária com as questões nacionais, em detrimento dos problemas estaduais e regionais? Por isso, também buscamos neste livro colaborar para a compreensão dos problemas de gestão do SUS no estado do Rio de Janeiro. Que desafios as características particulares do sistema de saúde fluminense trazem para a gestão? Poderá essa singularidade do caso do estado do Rio de Janeiro ajudar a compreender outras realidades do país?

Acreditamos que a análise deste caso, pela complexidade e diversidade de situações político-institucionais e de oferta de serviços que o SUS fluminense contempla, pode contribuir para a compreensão e o enfrentamento de desafios que se colocam para outras realidades estaduais.

No que se refere à nossa primeira preocupação relativa ao papel da esfera estadual no SUS, sabe-se que, no início da década de 1990, com o advento da Norma Operacional Básica (NOB-91), a esfera estadual perdeu protagonismo na gestão do SUS, na medida em que, através dessa Norma, o Ministério retirava o caráter automático das transferências financeiras aos estados e passava a relacionar-se com eles fundamentalmente como meros prestadores de serviços e não como partícipes da gestão do SUS. É conhecido também que o papel

da esfera estadual de governo no sistema de saúde vem sendo resgatado, de forma lenta e progressiva, a partir da NOB-96, que introduziu distintas condições de gestão, dentre as quais a 'gestão plena do sistema estadual', retomando o processo de descentralização do SUS, ao conferir a estados e municípios nessa condição de gestão a autonomia para gerir o sistema de saúde como um todo, na sua esfera de governo; isto é, todas as ações relativas à proteção da saúde. Esse processo veio sendo aprofundado sucessivamente e culminou na instituição, em 2006, do Pacto pela Saúde, mediante o qual a política de saúde passa a ser pactuada entre os três níveis de governo.

Ainda assim, entendemos que permanece como desafio a enfrentar a fragilidade da esfera estadual na gestão do SUS, que tem origem em vários fatores e adquire especificidades em função da história político-institucional de cada unidade da federação. Assim, do ponto de vista do pacto federativo brasileiro, no primeiro capítulo são destacados alguns importantes elementos que podem ser explicativos dessa fragilidade. No plano mais geral do sistema político nacional, é apontada a longa tradição de poder local no país, que se expressa na peculiaridade que o sistema federativo brasileiro adquiriu com a Constituição de 1988 (CF88), comparativamente às demais federações existentes no mundo, de soberania partilhada por três esferas de governo, a partir da transformação dos municípios em entes federativos, com o mesmo *status* jurídico-constitucional que os estados e a União.

Um segundo elemento explicativo da fragilidade da esfera estadual ressaltado nesse mesmo capítulo se refere às condições de financiamento dos estados no pós-1988. A universalização da cobertura de serviços essenciais como os de saúde passou a exigir investimentos e um aumento geral de gastos públicos incompatíveis com o equilíbrio fiscal. Assim, foi necessário estabelecer formas para reapropriação, pela União, de recursos e controle sobre os gastos para evitar uma ampliação ainda maior da transferência de recursos a estados e municípios e das despesas públicas nesses níveis. Tais medidas incidiram nos orçamentos municipais e estaduais e no financiamento da saúde, a despeito da descentralização tributária. No entanto, os estados tiveram um impacto financeiro mais significativo, em virtude tanto de seu alto grau de endividamento quanto das formas de renegociação do estoque de suas dívidas promovidas pelo governo federal.

Ainda, como analisado no sexto capítulo, a tônica da reforma tributária introduzida no novo texto constitucional de 1988 foi principalmente a da descentralização da receita tributária – fundamentalmente através de transferências diretas e automáticas – e a do fortalecimento do município como esfera de governo. Assim, se por um lado a competência da arrecadação tributária manteve-se predominantemente na esfera federal (ainda que tenham aumentado as competências das esferas infranacionais) e os sistemas de partilha dos tributos através de transferências diretas e automáticas reforçaram a descentralização das receitas disponíveis; por outro, os municípios se tornaram entes federativos com competência tributária própria, e não mais apenas com capacidade tributária delegada pelo governo estadual.

Os estados também foram beneficiários de um aumento na sua participação da receita tributária da União, pelo incremento das transferências constitucionais diretas de tributos

federais, através do Fundo de Participação dos Estados, bem como pela elevação dos recursos do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que passaram a ser redistribuídos àqueles estados que exportam produtos industriais. Entretanto, tendo em vista o aumento das transferências dos estados aos municípios, a disponibilidade final de recursos da esfera estadual de governo manteve-se praticamente igual (absorvendo em torno de 26% da arrecadação tributária global), sendo, portanto, os municípios os que mais ganharam com a reforma tributária. Ainda, como apontado nesse mesmo capítulo, esse favorecimento da esfera municipal na partilha tributária reflete uma descentralização muito identificada com a 'municipalização' das obrigações do Estado, que transferiu grande parte da responsabilidade de execução de políticas aos municípios, mas deixou os estados com funções mal definidas, de cunho 'cooperativo' com os demais entes da federação. É esse contexto político e econômico que explica o fato de o gasto público em saúde, até meados da década de 1990, ter sido marcado por uma forte centralização de seu financiamento em nível federal, a despeito da descentralização tributária introduzida pela Carta Constitucional de 1988.

Outra questão que merece a atenção de vários autores neste livro concerne à forte fragmentação e desorganização do sistema de saúde prevalente na maior parte do território brasileiro. Nessa realidade, um dos principais limites à atuação da esfera estadual diz respeito à sua ainda baixa capacidade de organização, coordenação e regulação de sistemas regionais de saúde. Esta é condição essencial para a superação dos graves problemas que, a despeito dos avanços do SUS, ainda persistem, especialmente no que se refere à não integralidade da atenção e à iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Esses problemas extrapolam as fronteiras político-administrativas dos municípios. Conforma-se, assim, um cenário altamente exigente de capacidade de negociação, pactuação política e cooperação entre entes federativos autônomos e entre estes e a sociedade civil organizada. Nesse processo, os governos estaduais têm um importantíssimo papel a cumprir tanto em nível setorial como na interação entre distintos setores de intervenção, condição *sine qua non* para o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde, como apontado no capítulo 13.

Central é também a problemática da regionalização, que está presente em vários capítulos deste livro, compreendendo a análise dos determinantes mais gerais das dificuldades encontradas (constrangimentos político-institucionais, financeiros, culturais), a discussão de casos ou problemáticas específicas que se manifestam como expressão das dificuldades de organização e coordenação de uma rede de serviços (como é o caso da crise dos serviços de emergência no Rio de Janeiro) e a formulação de propostas voltadas para o enfrentamento dos problemas (no campo da regulação do acesso, dos sistemas de informação e do investimento, por exemplo).

Outra questão importante diz respeito à tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde. Como apontado no primeiro capítulo, a regionalização, traduzida pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação, apresenta inúmeros conflitos com a diretriz da descentralização, tal qual realizada até aqui. De um lado, a regionalização pressupõe a complementariedade entre

elementos diversos (microrregiões, municípios etc.); de outro, a descentralização tem natureza finalística, não complementar, formando-se pela redistribuição de responsabilidades e recursos para um ente específico. No Brasil, houve uma dissociação entre a estratégia de descentralização e o projeto de regionalização logo no início de implantação do SUS. Ademais, as propostas de regionalização tiveram um início tardio, conformando-se após sucessivos ciclos de descentralização que tiveram como foco os milhares de municípios existentes. Por essas razões, a regionalização, ao evocar maior responsabilidade das instâncias estaduais, pode gerar a necessidade de revisão de acordos, desprovidos de racionalidade sistêmica, estabelecidos durante a descentralização, que vão de encontro a interesses já acomodados durante esse processo.

Para além da complexidade de regionalizar a oferta de serviços de saúde no contexto federativo brasileiro, com inúmeras atribuições compartilhadas entre os distintos entes governamentais, destaca-se ainda o desafio de considerar a grande diversidade de condições sociais, econômicas e culturais entre e no seio das unidades federadas. Nesse sentido, o segundo capítulo recorre a Milton Santos e a seu conceito de "território" para criticar o processo de desterritorialização das políticas públicas brasileiras, recuperando a denúncia formulada pelo autor sobre "o desinteresse pela noção de território na produção da política". Essa característica tem conduzido a formulações de estratégias que propõem soluções padronizadas, como se possível fosse contemplar as necessidades da população ribeirinha da Amazônia e as da residente na área metropolitana de São Paulo ou do Rio de Janeiro num desenho único e uniforme de política, ignorando a especificidade das relações sociais produtoras do espaço. É necessário, portanto, segundo essas autoras, reconhecer, na formulação de políticas, a importância do "território" definido por Santos como espaço de existência e coexistência, onde relações de ordem objetiva se articulam com relações subjetivas, bem como relações verticais derivadas do poder hegemônico se imbricam com relações horizontais de coexistência e resistência.

Na área da saúde, a especificidade de cada território apenas começa a ser enfrentada, sob a forma de planos regionais diferenciados e de mecanismos de programação e partilha de recursos específicos para algumas situações regionais. Mas há muito que avançar para alcançar formas organizacionais e modelos de gestão capazes de promover o acesso e a qualidade da atenção adequados. Assim, tanto o estudioso que busca compreender melhor as especificidades das experiências nacionais de descentralização quanto o gestor governamental que protagoniza essas experiências necessitam desembaraçar a intricada trama de interações econômicas, sociais e culturais que atravessam a dimensão político-institucional nos espaços de gestão pública.

Essa rede imbricada de interações introduz fortes entraves à regionalização e ao exercício da capacidade de regulação pelo governo estadual, que são apontados também nos capítulos 3, 4, 7 e 9. Enquanto os dois primeiros destacam os problemas relacionados ao processo de formulação de políticas de saúde e de controle social no SUS, os demais apresentam a materialização dessas dificuldades na precariedade da capacidade do estado de incorporar práticas de regulação dos fluxos assistenciais.

Ainda,como evidenciado no quarto capítulo, a realidade atual é paradoxal, dada a penetração de valores democráticos e universalistas na sociedade e, simultaneamente, a permanência de práticas clientelistas que se adaptaram à modernização capitalista vivenciada no país no século XXI se transformando em um dos instrumentos que permitiram essa modernização. Mais ainda, a ampliação do poder local promovida pela descentralização teria reforçado as práticas de uso privado do poder público.

Conformando essa realidade paradoxal, podemos destacar, ainda, a possibilidade da convivência dessas práticas do atraso e do baixo desempenho dos serviços de saúde (analisados nos capítulos 10, 11 e 12) com a modernização e o avanço na capacidade regulatória em alguns âmbitos específicos de atuação da esfera estadual – por exemplo, o da vigilância sanitária.

Nessa perspectiva, destaca-se então a importância dos estudos de caso para além da compreensão de suas singularidades. Ao tomarmos o Rio de Janeiro como caso para pensar a gestão estadual do sistema de saúde, com seus paradoxos e contradições, avanços e atrasos com relação à consolidação do SUS, o compreendemos como uma metonímia do país, que pode ajudar a pensar outras realidades estaduais no que diz respeito à gestão do sistema de saúde nessa esfera de governo.

Uma peculiaridade deste livro é que ele nasceu como iniciativa dos pesquisadores do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), que o conceberam coletivamente, ao longo de várias oficinas de trabalho. Entretanto, no processo de seu desenvolvimento, vários capítulos incorporaram a valiosa participação de colegas de outras instituições e departamentos desta Escola, no âmbito da cooperação entre a Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro e a referida Escola.

Vale mencionar desse modo a pluralidade de abordagens contidas nesta obra: por exemplo, uma mesma questão – a assistência hospitalar – é tratada a partir de métodos quantitativos e qualitativos em capítulos distintos, que denotam olhares completamente diferenciados sobre ela.

Assim, em “O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS”, Luciana Dias de Lima, Cristiani Vieira Machado, Tatiana Wargas de Faria Baptista e Adelyne Maria Mendes Pereira trazem elementos para a discussão sobre o papel dos estados na política pública de saúde a partir da instituição do SUS, destacando as articulações existentes entre o modelo de intervenção do Estado, o pacto federativo brasileiro e a política setorial. São tratadas as mudanças no papel dos estados no período recente e sua repercussão no Brasil, enfatizando-se as alterações nas macrofunções estatais e suas implicações para a saúde. O capítulo aborda ainda as especificidades das organizações federativas, suas implicações para as políticas de saúde e discute os dilemas do arranjo federativo brasileiro e das mudanças observadas no pós-1988 para a atuação das esferas estaduais na saúde.

O segundo capítulo dialoga diretamente com o primeiro, tendo em vista que Patrícia Ribeiro e Elizabeth Barros se debruçam sobre a questão da coordenação intergovernamental do processo de regionalização do cuidado à saúde. As autoras destacam, por um lado, a

necessidade de se ancorar o processo de regionalização no contexto das relações federativas do Estado brasileiro, considerando tanto as relações financeiras como a estrutura político-institucional, na especificidade de cada território. Por outro lado, ressaltam a qualidade democrática do arranjo político-institucional como elemento que assegure efetividade às iniciativas intergovernamentais de gestão do espaço regional.

A seguir, Silvia Gerschman aborda a formulação e implementação da política de saúde nos anos recentes e na gestão atual, buscando compreender como o SUS foi incorporado à política e à gestão da saúde estadual. A autora traz à tona as peculiaridades da formação política do estado do Rio e a forma como tais peculiaridades repercutiram sobre a rede de serviços de saúde. Afirma que as trajetórias político-institucionais relacionadas à fusão e às políticas da máquina chaguista alimentaram infindáveis discussões a respeito de atribuições e responsabilidades das políticas públicas e dos serviços de atenção à comunidade correspondentes ao estado e ao município do Rio de Janeiro e uma permanente alusão à falta de recursos de ambas instâncias de governo. A autora chega à conclusão de que a implementação do SUS requer o que não existe até hoje: a integração entre município e estado.

Esta questão da repercussão da história da conformação do estado do Rio de Janeiro na gestão do SUS fluminense é retomada no capítulo “Conselhos de saúde do estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social”, no qual Maria Eliana Labra expõe a trajetória das mobilizações e lutas populares no Rio de Janeiro e reflete sobre o associativismo, em particular as associações de moradores, por considerá-las a via principal de representação dos usuários nos conselhos de saúde. Com relação especificamente à participação na saúde, Labra analisa a montagem da participação no SUS, dando ênfase aos aspectos normativos e institucionais, e examina em detalhe o funcionamento dos conselhos de saúde e do controle social em geral, enfocando os problemas que, segundo experiências internacionais, qualquer formato participativo enfrenta. Ainda este capítulo apresenta uma análise da participação e controle social da saúde no estado do Rio de Janeiro, compreendendo o Conselho Estadual de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), dando destaque ao segmento dos usuários e à influência das práticas clientelistas na configuração das representações nesse segmento e tomando como exemplo um estudo de caso realizado em um dos municípios do estado.

De autoria de Marismary Horsth De Seta, Sulamis Dain, Lenice Gnocchi da Costa Reis e Vera Lúcia Edais Pepe, o capítulo seguinte aborda a questão do papel da esfera estadual e das relações intergovernamentais, desta vez no âmbito da vigilância sanitária, como apontado no seu título: “A coordenação federativa na construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no estado do Rio de Janeiro”. O capítulo procura responder a uma questão central: no contexto brasileiro, marcado por desigualdades entre estados e regiões, por heterogeneidade estrutural dos entes federativos e pelo papel residual da esfera estadual, é possível pensar em um papel diferenciado para essa esfera na construção do sistema nacional de vigilância sanitária?

Na tentativa de responder a essa indagação, dos quatro princípios básicos que orientam qualquer sistema federativo (autonomia, coordenação, cooperação e equilíbrio

estrutural), as autoras selecionaram como eixo explicativo o da coordenação, considerada por elas indispensável ao alcance da cooperação e à redução do desequilíbrio estrutural. E é a partir da coordenação federativa na perspectiva das esferas federal e estadual que se explora ao longo do texto a montagem do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e se faz uma aproximação ao estado do Rio de Janeiro e a seus municípios.

Em "O financiamento do SUS na esfera estadual de governo: o estado do Rio de Janeiro", Maria Alicia D. Ugá, Silvia Marta Porto, Isabela Soares Santos e Francisco Viacava dialogam diretamente com os capítulos precedentes, tendo em vista que o texto aborda a questão do financiamento do SUS na esfera estadual de governo e o papel das transferências intergovernamentais – particularmente aquelas realizadas no âmbito da saúde – nas receitas do estado do Rio de Janeiro e nos municípios que o compõem.

Os autores ainda apresentam uma análise quantitativa elaborada a partir de microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998 e 2003, que permitem identificar o sistema de financiamento por meio do qual se deu a utilização de serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro: se pelo SUS, financiado através de tributos; se através de planos de saúde e financiado por prêmios pagos por beneficiários e/ou seus empregadores; ou, finalmente, se mediante a compra direta de serviços (pagamento direto no ato da utilização de serviços). Destacam os autores que, apesar da ainda baixa participação do gasto estadual no financiamento do SUS, é inegável o aumento da participação do SUS no financiamento dos serviços utilizados no estado, principalmente em favor das populações de mais baixa renda.

Os três capítulos que seguem tratam de esferas ou objetos da gestão do SUS no âmbito estadual e, em particular, no estado do Rio de Janeiro: a gestão da informação, a gestão dos recursos humanos e a gestão de redes de serviços de saúde.

Assim, no capítulo intitulado "Ambiente de informação em saúde na gestão estadual do SUS", Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes e Miguel Murat Vasconcellos discutem a dificuldade de implementação de práticas capazes de superar a fragmentação dos sistemas de informações em saúde, apesar dos avanços tecnológicos e de propostas de padronização existentes.

Os autores adotam o entendimento de que as ações de informação e suas tecnologias constituem um dos complexos dispositivos de Estado nas sociedades contemporâneas, com variadas repercussões nos modos de vida individuais e coletivos. Essa constatação fundamenta a adoção do processo de trabalho em saúde como o eixo nuclear do desenvolvimento e da implementação de novas práticas e saberes de informação e suas tecnologias. Assim, ao se debruçar sobre a informação produzida, gerida e disseminada pelo aparato estatal e considerada de interesse para a saúde, este capítulo identifica e analisa os problemas que dificultam a efetiva apropriação da informação e suas tecnologias como macrofunção estratégica direcionada para qualificar a gestão em saúde. Finalmente, propõe alternativas de superação que ampliem a capacidade de resposta do gestor frente dos desafios impostos pela sociedade em um Estado Democrático de Direito, compromissado com a melhoria equânime da saúde.

A seguir, no capítulo “Gestão do trabalho e da educação em saúde no âmbito estadual: o estado do Rio de Janeiro em foco”, Neuza Maria Nogueira Moysés, Marcia Teixeira, Maria Helena Machado, Eliane Oliveira, Antenor Amâncio Filho e Mônica Wermelinger destacam que, durante os últimos dez anos, assistimos a um conjunto de experiências que transformaram o modelo de incorporar e gerir o trabalho no campo da saúde. Tais experiências surgiram, segundo os autores, em um cenário de mudanças, em uma nova organização do trabalho, na qual um conjunto de técnicas, métodos e práticas gerenciais redefiniram substancialmente as relações de trabalho e se impõem como o padrão de gestão dominante.

Apontam os autores que em todo o mundo proliferaram propostas de reformulação das instituições públicas, e as mudanças no modelo de incorporação e gestão do trabalho ganharam lugar de destaque nas agendas de reforma do Estado. Esse contexto introduziu variáveis que romperam com o afastamento entre o setor público e o privado. Assim, as transformações nos padrões de relação de trabalho também alcançaram a esfera pública, introduzindo condições trabalhistas diferentes e, especialmente, modificando a gestão do trabalho no serviço público que, até pouco tempo, constituía um universo homogêneo e específico, com regras diferentes daquelas do setor privado, e cujas relações trabalhista-sestavam afastadas das regras do mercado. Este capítulo aborda essa problemática, com foco no estado do Rio de Janeiro.

Rosana Kuschnir, Adolfo Chorny, Anilska Medeiros Lima e Lira, Gilberto Sonoda e Tânia Maria Peixoto Fonseca, no capítulo intitulado “Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar o acesso e diminuir desigualdades”, abordam a rede de serviços no estado fluminense e sua gestão. Destacam que um dos principais desafios nesse âmbito é o da construção da gestão dos territórios regionais, necessariamente englobando e articulando vários municípios e instituindo a responsabilização coletiva pela saúde de todos os habitantes da região e do estado. Para isso, o único caminho é a suspensão das fronteiras, a instituição dos mecanismos que possibilitem o planejamento conjunto – a ser utilizado como base da pactuação – e a operacionalização e acompanhamento do plano regional, direcionando nesse sentido o trabalho dos colegiados de gestão regional .

Os quatro capítulos seguintes tratam de níveis específicos de intervenção no cuidado à saúde: os três primeiros abordam a questão da assistência hospitalar no estado do Rio de Janeiro, por meio de análises quantitativas e qualitativas, ao passo que o quarto trata da promoção da saúde no SUS e de uma experiência específica no município do Rio de Janeiro.

Dessa forma, Mônica Martins, Margareth Crisóstomo Portella e Marina Ferreira de Noronha analisam, no capítulo seguinte, o desempenho hospitalar, por meio de uma avaliação do tempo de permanência e mortalidade entre os prestadores no estado do Rio. Ressaltam as autoras que a compreensão da noção de desempenho é importante tanto do ponto de vista teórico quanto do ponto de vista da gestão das organizações, e nesse contexto o desenvolvimento e o uso de indicadores de desempenho clínico para monitorar a qualidade da assistência ganham importância.

A avaliação do desempenho hospitalar apresentada neste capítulo se detém sobre duas dimensões da qualidade do cuidado prestado: a efetividade do cuidado e a eficiência

técnica da produção do cuidado. As autoras privilegiaram o exame de dois indicadores de desempenho clínico: a mortalidade hospitalar e o tempo de permanência, refletindo, respectivamente, a efetividade e a eficiência técnica dos cuidados aos pacientes. A proposta do estudo apresentado foi a de avaliar as variações no desempenho clínico dos hospitais, mensurado pela mortalidade e tempo de permanência, levando em conta diferenças nas características dos pacientes tratados. Para tal, o universo de estudo é composto por 191.282 hospitalizações decorrentes de problemas do aparelho circulatório financiadas pelo SUS no estado do Rio de Janeiro, ocorridas no período entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004. As variáveis usadas para o ajuste dos indicadores de desempenho foram sexo, idade, diagnóstico principal e medidas de gravidade baseada em comorbidade. Os hospitais foram classificados quanto ao desempenho segundo a distribuição da razão de mortalidade e a diferença dos dias de permanência em percentil. Apesar das limitações associadas à qualidade das informações e ao tipo de abordagem considerada um *screening*, em termos de instrumentos gerenciais, as análises apresentadas claramente mostram seu potencial de descrever o desempenho dos serviços hospitalares e de auxiliar a tomada de decisão com vistas à correção de problemas na qualidade do cuidado hospitalar prestado no estado do Rio de Janeiro.

A questão da assistência hospitalar também é tratada no capítulo escrito por Gisele O´Dwyer, que discute a situação dos serviços de assistência às urgências e emergência no nosso estado, a partir de dois caminhos. No primeiro, apresenta as ações de regularização desse setor a partir das políticas propostas nos últimos anos pelo nível federal, como o QualiSUS, a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau) e seu componente pré-hospitalar móvel, através de implantação da Rede Nacional Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) – 192. A autora descreve e faz uma análise do potencial regulatório e do conteúdo dessas políticas. Finalmente, particulariza o caso do estado do Rio de Janeiro usando material empírico de uma pesquisa realizada em 2005/2006, em trinta emergências hospitalares que compuseram uma amostra desses serviços no estado. A partir dos resultados dessa pesquisa, reflete sobre as causas referidas para a utilização indiscriminada das emergências hospitalares; sobre a carência de recursos humanos e estruturais; e principalmente sobre como se dá o relacionamento desses serviços com o resto da rede.

Em "Trabalho, sofrimento e crise nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro", Marilene de Castilho Sá e Creuza da Silva Azevedo, a partir de um estudo de caso sobre a produção do cuidado em um hospital de emergência da Secretaria Estadual de Saúde (SES), localizado no município do Rio de Janeiro, e de uma análise da prática gerencial, por meio da narrativa de diretores de hospitais públicos com emergência, também do município do Rio de Janeiro, apresentam um retrato em profundidade das questões apontadas no capítulo precedente, evidenciando como esses hospitais acabam funcionando como espaço privilegiado de manifestação dos efeitos perversos, resultantes da dificuldade de constituição e coordenação de uma rede pública de serviços de saúde que garanta o acesso a todos os níveis de assistência e também dos processos de exclusão social, de violência e de banalização do sofrimento alheio que se intensificam em nossa sociedade.

A partir de perspectivas teóricas relativamente novas para o campo da gestão em saúde – a psicossociologia francesa, a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais e a psicodinâmica do trabalho –, as autoras discutem os efeitos do que denominam "enormidade da demanda", que bate à porta de um hospital de emergência no Rio de Janeiro, e o desamparo que ali se verifica, como também o imaginário organizacional e os processos de trabalho envolvidos no serviço de emergência e na gestão do hospital, seus dilemas, fontes de sofrimento e suas consequências sobre a qualidade do cuidado. Por fim, tratam dos limites e possibilidades que o contexto de 'crise', simultaneamente aguda e crônica, vivido nos hospitais de emergência do município do Rio de Janeiro, o domínio da urgência e o imaginário que aí se origina trazem para as possibilidades de gestão e de aposta na mudança organizacional.

No penúltimo capítulo, intitulado "Abordagem avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro", Maria de Fátima Lobato Tavares, Antônio Ivo de Carvalho e Regina Bodstein analisam as estratégias de promoção da saúde no Brasil que, segundo os autores, propõem mudanças em pelo menos três âmbitos: do sistema de atenção à saúde; da gestão e desenvolvimento local; e da formulação de políticas e diretrizes gerais para o de desenvolvimento sustentável e com qualidade de vida.

Os autores destacam que, para a compreensão das iniciativas participativas e de base comunitária, tal como as intervenções propostas para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, modelos abrangentes e reflexivos em relação ao contexto social são fundamentais, pois articulam simultaneamente várias estratégias voltadas para promoção da saúde de uma população definida e têm como ponto de partida o diálogo e colaboração entre diversos setores governamentais e representantes da sociedade civil. A convergência entre as propostas, a interdisciplinaridade das ações, a intersetorialidade, bem como a colaboração e o interesse da população são considerados elementos-chave. O capítulo aborda a continuação, modelos de avaliação de programas de promoção da saúde e toma como estudo de caso o programa Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (Dlis/Manguinhos), do qual decorrem interessantes resultados.

O livro termina com o capítulo "A distribuição das necessidades de saúde e da oferta na atenção primária no estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para a identificação de prioridades de investimento", no qual Sílvio Ferreira Júnior, Silvia Marta Porto e Maria Alicia D. Ugá apresentam uma proposta de construção de um critério equitativo de hierarquização dos municípios do estado do Rio de Janeiro como forma de estabelecer localidades prioritárias quanto ao recebimento de investimentos para a atenção primária, levando em conta as necessidades de saúde e a oferta preexistente em cada localidade.

Salientam os autores que o critério de priorização geográfica dos investimentos na atenção primária contido na proposta que elaboraram é orientado pelo 'princípio da equidade', de modo que as localidades eleitas como prioritárias não foram necessariamente aquelas com menor oferta de serviços de saúde, ou mesmo aquelas com maiores necessidades de saúde (o que representaria a aplicação do 'princípio da igualdade'), quando considerados isoladamente. De outra forma, a proposta prioriza aquelas localidades que apresentam

os maiores valores dentre as respectivas razões entre o índice de necessidades de saúde e o índice de oferta na atenção primária. Dessa forma, este tipo de trabalho pode ser um valioso subsídio nos processos de elaboração dos planos diretores de investimento (PDI) e de regionalização (PDR) do estado do Rio de Janeiro e das demais unidades federativas, tornando-os reais instrumentos de uma alocação equitativa de recursos para investimentos.

Esperamos que este livro traga, de fato, uma contribuição para a discussão da gestão do SUS no âmbito estadual e, em particular, no estado do Rio de Janeiro, entendendo que da análise de sua singularidade podem ser extraídos elementos que ajudem a compreender também outras realidade estaduais.

Desejamos a todos uma boa leitura!

Os Organizadores

O Pacto Federativo Brasileiro e o Papel do Gestor Estadual no SUS[1]

1

Luciana Dias de Lima
Cristiani Vieira Machado
Tatiana Wargas de Faria Baptista
Adelyne Maria Mendes Pereira

No Brasil, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania no fim dos anos 80 ocorre justamente quando se colocam novos desafios para as políticas públicas, relacionados aos processos de reforma dos Estados no plano internacional e à constatação da crise do modelo de desenvolvimento e de intervenção estatal hegemônico no país.

Acrescente-se que a análise do papel do Estado assume contornos e desafios próprios nos países federativos, como o Brasil, em que o poder estatal se manifesta em mais de uma esfera de governo. O estudo de uma política setorial, como a de saúde, requer a consideração tanto das características gerais da federação quanto da peculiaridade do arranjo federativo e do modelo de descentralização daquela política. As profundas mudanças político-institucionais observadas no Brasil nas últimas duas décadas, no que concerne às concepções sobre o papel do Estado na área econômica e social e ao pacto federativo, reiteram a importância de compreender as relações entre essas mudanças e as suas implicações para a política de saúde.

Ainda que na produção acadêmica da área da saúde existam muitos estudos sobre o processo de descentralização político-administrativa e a municipalização nos últimos vinte anos, análises sobre a atuação da esfera estadual na saúde são escassas no Brasil. O aprofundamento desse tema faz-se necessário, uma vez que as instâncias estaduais são fundamentais na configuração do arranjo federativo e na condução das políticas públicas nas distintas federações no mundo. Em outras palavras, enquanto o debate sobre o papel do Estado no âmbito nacional é imprescindível em países com distintas formas de organização territorial de poder – unitária ou federativa –, nas federações a análise das funções desempenhadas pelos estados (províncias, *länder*, cantões, etc.) constitui elo crucial para a caracterização da essência da federação e para a análise de políticas específicas.

---

[1] A pesquisa que embasou este trabalho foi favorecida pelo apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Este capítulo tem como objetivo trazer elementos para a discussão sobre o papel das instâncias estaduais na política pública de saúde a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, busca-se compreender as articulações existentes entre o modelo de intervenção do Estado, o pacto federativo brasileiro e a política setorial.

A próxima sessão trata brevemente das reformas dos Estados no período recente e de sua repercussão no Brasil, enfatizando as alterações nas macrofunções estatais e suas implicações para a saúde. A seguir, são abordadas as especificidades das organizações federativas e suas implicações para as políticas de saúde, a partir da revisão de alguns estudos internacionais e nacionais sobre o tema. No capítulo, ainda são discutidos os dilemas do arranjo federativo brasileiro e das mudanças observadas no pós-1988 para a atuação das esferas estaduais na saúde. Por fim, analisa-se o marco legal e normativo do SUS, com ênfase no papel dos gestores estaduais. Procura-se identificar, no contexto em que essas normativas foram geradas, as mudanças nas funções dos estados e as implicações que tais mudanças trouxeram para sua atuação ao longo dos anos. Nas considerações finais, discutem-se os desafios atuais da gestão estadual no SUS com foco na regionalização.

Modelos de Intervenção Estatal: notas sobre as funções do Estado na saúde

O Estado, na concepção weberiana, pressupõe um conjunto de órgãos, uma burocracia, um ordenamento legal e a estabilização de uma estrutura de autoridade.[2] As distintas correntes teóricas trazem aportes complementares para a análise do papel do Estado nas políticas públicas, merecendo destaque a contribuição dos autores neomarxistas, do institucionalismo histórico e da análise setorial.[3] Assim, a compreensão de políticas específicas pode ser mais rica se considerar a articulação de características estruturais do Estado e da sociedade, a importância das regras institucionais, da posição dos atores inseridos em um dado contexto institucional e do processo político, incluindo tanto parâmetros gerais como a consideração de referenciais setoriais.

De acordo com a abordagem de Lenhardt e Offe (1984), a política de saúde, assim como as demais políticas sociais, expressa tanto traços mais gerais do modelo de intervenção do Estado brasileiro quanto características próprias, relacionadas às peculiaridades setoriais.[4] Neste caso, é necessário considerar, em primeiro lugar, a agenda mais ampla

---

[2] Esses pontos são ressaltados por Almeida (2007).

[3] Uma revisão dessas correntes é feita por Marques (1997).

[4] Lenhardt e Offe (1984) indicam que as políticas sociais podem ser analisadas em ao menos dois planos. O primeiro é o plano estrutural, relacionado à sua inserção no Estado capitalista e à ligação com as determinações estruturais. O segundo plano refere-se à singularidade das políticas sociais, ou seja, às peculiaridades que as distinguem de outras políticas nos processos históricos das sociedades. Para esses autores, as políticas sociais não são única e funcionalmente determinadas por uma dada estrutura econômica capitalista. Elas possuem especificidades relacionadas à sua evolução (incluindo modificações e inovações) e à sua relação com as estratégias de racionalização da ação estatal. Em síntese, essa abordagem sugere a necessidade de articulação entre a reflexão mais ampla sobre o papel e modelo de intervenção do Estado (no âmbito deste trabalho, o Estado brasileiro) com a sua atuação nas políticas sociais (particularmente a política de saúde).

de reforma do Estado no plano internacional, que tem repercussões sobre o país e, em segundo lugar, compreender o papel que as políticas sociais, em especial as de saúde, ocupam no projeto de Estado.

Quanto ao primeiro aspecto, a partir dos anos 70, em face da globalização,[5] observa-se um questionamento acerca do papel dos Estados Nacionais e o aumento das pressões por mudanças, levando a processos de reforma em diversos países que tiveram como traços marcantes a descentralização e a privatização.

Essa onda de reformas, em um primeiro momento, orientava-se fortemente por uma crença normativa sobre a necessidade de retração do tamanho e das funções dos Estados nas áreas econômica e social. No entanto, como destaca Evans (1993), a partir do final da década de 1980, em um aparente paradoxo, o papel do Estado é central até mesmo para a condução dos programas de ajuste estrutural. Configura-se então uma nova vertente de pensamento sobre o Estado, caracterizada pelo reconhecimento da importância da capacidade de ação estatal, seja no sentido da existência de uma tecnocracia, seja no sentido de consolidação de uma estrutura institucional durável e efetiva.

Assim, o debate se desloca fortemente para a discussão a respeito de qual deve ser o papel e o modelo de intervenção do Estado no novo contexto mundial. Segundo Majone (1999), observa-se, nas décadas de 1980 e 1990, um movimento de substituição do "Estado positivo" – planejador, produtor direto de bens e serviços e empregador – pelo "Estado regulador", ainda que tais mudanças se expressem de forma diferente entre nações e áreas da política, devido às suas diferentes trajetórias históricas e institucionais.

Dada a importância histórica dos Estados na garantia de direitos sociais, tais mudanças têm repercussões importantes para os sistemas de proteção social nos vários países, que conduzem reformas com abrangência e efeitos variáveis. Nos países europeus avançados, que já contavam com *Welfare States* mais sólidos, há evidências de que as reformas, ainda que relevantes, até o momento não chegaram a desestruturar as bases dos sistemas de proteção social (Ferrera, 1998; Pierson, 2000; Wilensky, 2002). No que diz respeito especificamente aos sistemas de saúde, em muitos desses países, processos de reformas orientados por diretrizes de racionalização e contenção de gastos públicos paradoxalmente têm levado ao fortalecimento da regulação estatal (Figueras *et al.*, 2002).

Já nos países latino-americanos, que tinham sistemas de proteção social segmentados e frágeis, a repercussão das reformas conduzidas a partir da década de 1980 parece ter tido um impacto bastante negativo para as políticas públicas, levando ao agravamento do quadro social e à persistência de marcantes desigualdades sociais (Draibe, 1997). Na área da saúde, as agendas de reforma adotadas em muitos países levaram ao agravamento da segmentação e da fragmentação dos sistemas de saúde e reiteraram as desigualdades no acesso, na utilização de serviços e no financiamento da saúde (Almeida, 2002; Opas, 2007).

[5] A globalização é aqui compreendida como uma nova formatação do capitalismo mundial, de determinações econômicas, políticas e ideológicas, cujo processo é bastante assimétrico entre países e empresas. Ver a propósito os trabalhos reunidos em Tavares e Fiori (1997) e Fiori (1999).

No Brasil, os anos 80 foram marcados pela crise do desenvolvimentismo conservador e pela democratização, com a esperança de construção de um novo pacto político, econômico e social expresso no contexto da Nova República e na Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988. Após a virada conservadora do final da década, os anos 90 são caracterizados pela liberalização econômica e pela democratização (Sallum Jr., 2004), com o predomínio de uma agenda de reforma estatal que visou a desmontar o modelo de intervenção econômica e social conformado na 'era Vargas', norteando-se pela redução do tamanho da administração pública e de seu papel de prestação direta de serviços (Santos, 2006).

Boschi e Lima (2003) identificam uma mudança expressiva no padrão de atuação do Estado, mas ressaltam como um traço comum entre o novo modelo e o anterior a face demiúrgica da atividade regulatória do Executivo, mais evidente no âmbito nacional, denominando-o de "novo intervencionismo regulatório". Os autores advertem ainda que tal marco de atuação estatal é orientado para o mercado, estabelecendo um fosso na relação com os cidadãos, transformados em consumidores pela limitada capacidade de intervenção do Estado nas políticas sociais.

Mais recentemente, ao analisar a atuação do Governo Lula na área econômica, Boschi (2007) identifica um neointervencionismo estatal que se diferencia tanto do modelo dos anos 50 como daquele do Governo Fernando Henrique Cardoso. O modelo atual se caracteriza por certa retomada das iniciativas de desenvolvimento em longo prazo sob forte coordenação estatal, com maior espaço para as atividades de regulação e controle e com esquemas de intervenção na área da produção que ocupam papel estratégico.

Para compreensão do papel e da atuação do Estado na saúde no período recente, é útil recorrer, ainda, à noção de 'funções de Estado na saúde', cujas características e cuja articulação conformam um dado modelo de intervenção estatal no setor. Resumidamente, as quatro macrofunções de Estado na saúde são:

- 'Formulação de políticas e planejamento' – constituem funções fundamentais para o direcionamento da política de saúde, que envolvem a tomada de decisões e a proposição de intervenções sobre a realidade sanitária, abrangendo a identificação de necessidades, de prioridades e diretrizes de ação; a elaboração de estratégias e planos de intervenção; a articulação com outros atores e mobilização de recursos necessários para a operacionalização das políticas.

- 'Financiamento' – está relacionado à capacidade do Estado em garantir os recursos financeiros necessários à materialização dos direitos à saúde, envolvendo uma dimensão redistributiva. A função estatal de financiamento pode ser analisada em vários âmbitos, tais como o comprometimento do gasto público com a saúde; a magnitude do gasto público em saúde; a participação pública no gasto total em saúde (em relação ao gasto privado); o sistema de partilha fiscal (incluindo as transferências intergovernamentais na saúde) e a distribuição do gasto público entre esferas de governo (em países federativos); as prioridades do gasto público em saúde; o caráter redistributivo dos gastos (entre regiões e entre grupos sociais em um país); a gestão orçamentária e financeira dos recursos da saúde.

- 'Regulação' – mesmo existindo diferentes concepções a seu respeito, considera-se que a função de regulação do Estado na saúde envolve quatro âmbitos principais (Machado, 2007): a regulação sobre prestadores de serviços; a regulação de sistemas de saúde; a regulação sanitária; a regulação de mercados em saúde. Nestes âmbitos, incluem-se a adoção de um conjunto de estratégias voltadas para a regulamentação, coordenação e avaliação das ações, bens, serviços e sistemas de saúde, visando a controlar procedimentos e processos, induzir e assegurar determinadas características comuns e resultados mais uniformes.
- 'Prestação de serviços' – expressa a responsabilidade pela provisão de ações e serviços de saúde que pode estar dividida entre vários agentes, governamentais e não governamentais. A prestação direta de serviços pelo Estado requer a existência de quadros próprios de funcionários e uma série de funções administrativas, relativas à gestão de pessoal, de compras, armazenamento e distribuição de insumos, organização e operação dos serviços próprios de saúde.

Ainda que a saúde seja influenciada por diversas políticas públicas, as funções de Estado no âmbito setorial são, em sua maior parte, exercidas pelas autoridades sanitárias no país. Dada a trajetória dual da política de saúde brasileira,[6] ao longo do século XX tais funções foram exercidas por diferentes organismos estatais em cada esfera de governo, com características variadas. Acrescente-se a isso a predominância de um modelo centralizador na condução das políticas nacionais de saúde, seja na vertente da saúde pública, seja na previdenciária, coerente com a cultura política presente na federação e as características mais gerais dos regimes autoritários que vigoraram na maior parte do período pós-1930.

A agenda da Reforma Sanitária brasileira dos anos 80 e as concepções que constam da Constituição Federal de 1988 (CF88) relativas à seguridade social e ao SUS pressupunham um modelo de atuação estatal na saúde diferente do anterior, reafirmando o dever do Estado na garantia do direito à saúde e recolocando a questão federativa no centro do debate. No entanto, a atuação do Estado na implantação do SUS nos anos 90 foi pressionada também pela agenda liberal de reformas hegemônicas na década, sendo o modelo de intervenção estatal na saúde influenciado por essas duas agendas conflitantes.

A consolidação do SUS, as transformações do Estado e a descentralização político-administrativa condicionaram o papel das novas autoridades sanitárias – o Ministério da Saúde pós-incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), as secretarias estaduais e as milhares de secretarias municipais de saúde – nos últimos vinte anos, exigindo mudanças nas funções, atribuições, na estrutura e

---

[6] A trajetória dual se caracteriza pela dicotomia histórica das políticas de saúde no Brasil, marcante dos anos 30 aos anos 80, com expressões no âmbito das instituições e do direito à saúde. Tal dicotomia se expressou, de um lado, na construção de uma saúde pública voltada para o controle do ambiente e das doenças e, de outro, na expansão da assistência médica previdenciária voltada para a parcela da população trabalhadora e contribuinte do sistema. Sobre esta discussão, ver Fonseca (2007).

lógica de atuação dos gestores da saúde. O Ministério da Saúde continuou a ter uma função importante na condução da política nacional de saúde, por meio da indução e regulação de políticas, exercendo seu poder sobre outras esferas de governo, prestadores de serviços e alguns mercados em saúde (Machado, 2007). Os municípios ganharam imenso destaque na política de saúde devido ao aumento de suas responsabilidades no planejamento, no financiamento, na regulação e na prestação direta de serviços de saúde no âmbito local.

A definição de um novo papel da esfera estadual na saúde, no entanto, apresentou uma série de dificuldades e continua a representar um dos maiores desafios do pacto federativo na saúde.

As Especificidades das Organizações Federativas e suas Implicações para as Políticas de Saúde

A importância da compreensão do papel da esfera estadual na construção das políticas públicas em Estados federativos é um argumento-chave que permeia a discussão deste capítulo. Nesse sentido, torna-se imprescindível uma rápida explanação das especificidades dos arranjos federativos em face das demais formas de organização do Estado existentes. Menos para constituir um modelo único de federação que enquadre os diferentes casos, e mais para iluminar aspectos pertinentes a esse modelo que sirvam como parâmetros para análise dos países que assumem a proposta federativa.

Uma primeira distinção a ser feita diz respeito ao arranjo político mais geral que diferencia as organizações federativas do modelo unitário. Enquanto nos países unitários há uma relação hierárquica de poder estabelecida com os níveis subnacionais de governo, no modelo federativo há uma repartição da autoridade política do Estado, e o exercício do poder se efetiva em múltiplos centros soberanos definidos geograficamente e coordenados entre si (Abrucio, 2003). Ou seja, nas federações, independentemente de como os poderes estejam repartidos, os governos nacional e subnacionais possuem certa autonomia em sua esfera de atuação e decisão final e sua autoridade não pode ser retirada sem consentimento mútuo (Lima, 2007). Isso significa que, no federalismo, nenhum estado membro da federação tem o direito de renunciar unilateralmente ao pacto político ou rejeitar uma lei emitida pelo Congresso Nacional e legitimada pelo Judiciário.[7] Em contrapartida, o governo federal não pode obrigar os demais entes a fazer qualquer ação, bem como realizar ações no território estadual (ou municipal, no caso brasileiro) que rompam com o pacto constitucionalmente estabelecido (Costa, 2004).

A conformação desse modelo se deu de forma bem distinta nos países, e cada realidade constituiu variações nas organizações político-institucionais, o que também tem contribuído para a construção de uma variedade de abordagens teóricas e controvérsias em

---

[7] Em geral, nas organizações federativas há uma combinação do princípio da representação popular com uma divisão matricial do poder. De um lado, o poder é partido entre o Executivo, o Legislativo e o Judiciário. De outro, distribuem-se as responsabilidades de governo entre a União e os demais entes, de forma que um não pode interferir nas diretrizes do outro sem autorização política ou judicial (Costa, 2004).

torno do tema do federalismo.[8] Assim, a compreensão de uma organização federativa deve considerar a história, os arranjos políticos e a especificidade de cada país na construção de seus modelos.

Soares (1998) ressalta as disputas e pressões por autonomia política local em contextos marcados por heterogeneidade de bases territoriais como aspectos importantes da gênese dos arranjos federativos. Nesses contextos, o federalismo surge como uma resposta ao problema de constituir e manter um Estado Nacional, intermediando interesses locais, que, como veremos, se aproximam da trajetória de construção do federalismo brasileiro.

Para Burgess (1993), o federalismo é um conceito de valor, sintetizado pelo duo "unidade na diversidade", que informa a federação tanto como recomendação ideológica e filosófica como prática, através do reconhecimento da sociedade, de suas heterogeneidades e do desenho de suas próprias instituições.

Um conceito comumente aceito de federalismo é aquele que o define como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios básicos: autonomia dos governos e interdependência entre eles (Elazar, 1987). O princípio de autonomia é aquele por meio do qual os entes federativos estabelecem suas regras de autogoverno ("*self rule*") e delimitam o raio de ação do poder de outros níveis de governo sobre suas instâncias. O princípio da interdependência ("*shared rule*") define os padrões de cooperação dentro da federação, os quais estabelecem uma prática de negociação capaz de traçar metas comuns entre os governos. A interdependência fala a favor de uma complementaridade entre as esferas de governo, a necessidade de reforçar laços federativos e de se criar parâmetros nacionais, respeitando as diversidades loco-regionais e diminuindo os riscos de desagregação.

Há nesses dois princípios uma antinomia que traz complexidade às organizações federativas, pois se trata de, ao mesmo tempo, conciliar os interesses dos entes federativos com aqueles que constituem o projeto de Estado de uma Nação. Em um Estado federativo este projeto implicará harmonizar três ideias básicas – igualdade, integridade/autonomia e cooperação, em um ambiente onde o poder se dispersa em múltiplos centros que possuem garantias constitucionais para o exercício do poder autônomo – numa estrutura não centralizada por definição, o que também coloca o desafio da soberania compartilhada.

No que tange especificamente à descentralização, Abrucio (2005) ressalta a importância da busca de um equilíbrio entre os processos de descentralização e centralização nas federações, entendidos como complementares e não antagônicos. Para o autor, a descentralização exige um projeto nacional acordado, submetido a várias rodadas de negociação, e a construção de capacidades tanto dos governos subnacionais quanto do governo nacional,

[8] Almeida (2001) salienta a diversidade de abordagens possíveis sobre o federalismo – histórica, econômica, jurídica, política – e faz um balanço dos principais autores no âmbito da ciência política, destacando o federalismo como um campo temático ainda em desenvolvimento e a dificuldade de estabelecimento de consensos mínimos.

o que envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre níveis de governo.

Assim, o que este modelo evoca é a construção de uma habilidade e a capacidade de negociação dos entes governamentais envolvidos, exigindo coordenação intergovernamental e constituição de mecanismos de controle mútuos entre governos. As relações intergovernamentais são peças-chave na organização federativa, pois é a partir delas que se estabelecerá a divisão de competências e de responsabilidades entre os níveis de governo no plano das políticas públicas específicas, bem como a repartição de poder econômico-financeiro entre os diferentes níveis de governo. Por tudo isso é importante conhecer o projeto de Estado em que se baseiam os arranjos federativos, compreender o papel que os entes nacional e subnacionais exercem na orientação das políticas no território e as formas de relação estabelecidas entre eles. Essas são questões fundamentais quando o foco de análise são os modelos de sistemas de saúde que se estabelecem historicamente nos países e suas relações com os diferentes arranjos político-institucionais nos Estados.

A literatura que aborda a construção e evolução dos sistemas de saúde, de âmbito universal e abrangente, indica o importante papel dos governos centrais na consolidação desses sistemas, fortemente baseados nos valores de solidariedade e cidadania social. Contudo, nos países federativos, pode existir uma tensão entre o caráter nacional da política de saúde e o respeito às autonomias e diversidades territoriais requeridos pelas esferas regionais e locais (France, 2002).

Banting e Corbett (2002) consideram o federalismo compatível com distintos modelos de sistemas de saúde, cuja variação reflete a combinação de interesses econômicos, ideologias políticas, normas e valores culturais subjacentes aos países. Em que pese a importância de arranjos e instrumentos institucionais, o federalismo não pode ser entendido como fator isolado e determinante do sucesso ou fracasso das políticas de saúde adotadas, que devem ser compreendidas à luz do projeto político de Estado que norteia sua ação na saúde.

Por todos os aspectos mencionados, depreende-se que a configuração de políticas nacionais de saúde torna-se ainda mais complexa nas seguintes situações:

- em federações marcadas por grande heterogeneidade, com desigualdade de poder político, econômico, social e institucional;
- quando o projeto político federativo não é claro para todos ou é o projeto de alguns que querem manter o poder;
- em realidades que experimentaram trajetórias políticas majoritariamente centralizadoras, não gerando capacidade político-institucional nas esferas subnacionais.

Esses três elementos se apresentam na trajetória do Estado federativo brasileiro e somam implicações e desafios para a configuração do papel das esferas estaduais na consolidação do SUS.

O Pacto Federativo Brasileiro: dilemas institucionais para a atuação da esfera estadual

A análise histórica do federalismo no Brasil sugere que os conflitos políticos relacionados à divisão territorial do poder tiveram início no período colonial (Carvalho, 1996) e que as origens do pacto federativo remontam ao Império, quando são explicitados os poderes administrativos às então 16 províncias existentes, bem como suas competências relativas à tributação, à força policial e à participação nos processos decisórios nacionais (Dolhnikoff, 2005). No entanto, sua instauração formal se deu com a promulgação da primeira Constituição Federal Republicana em 1891. A adoção dessa forma de organização do Estado esteve relacionada à ideia de permitir maior descentralização e autonomia, face ao descontentamento das elites regionais com a centralização monárquica, buscando "manter junto" um país com fortes tradições localistas e heterogeneidades (Almeida, 2001).[9]

Entretanto, somente esse aspecto é insuficiente para compreender a conformação da federação brasileira. Abrucio (2003) argumenta que o federalismo no Brasil também se diferencia pela ausência do republicanismo na base do sistema político, pois o fim da Monarquia respondeu mais aos anseios por descentralização do poder do que pela democratização da política. Para esse autor, a instauração da República subordina-se a um "certo ideal federativo" quando, em vez de descentralizar redesenhando a forma de atuação da esfera nacional, enfraquecemo-la em prol da maior autonomia e riqueza proclamada por alguns estados (principalmente São Paulo e Minas Gerais) e do fortalecimento de oligarquias que dominavam a política local.

Isso permitiu ao governo central, ainda que limitado, atender a interesses políticos e econômicos loco-regionais, por meio da canalização de recursos para poucas unidades territoriais, onde foram mantidas escassas as relações entre os entes da federação, em detrimento de um projeto de construção estatal nacional e abrangente. Nosso federalismo, portanto, nasce de modo centrífugo e hierárquico, mas também assimétrico e oligárquico no plano subnacional.

Ao longo da história, observa-se a alternância entre períodos de centralização e descentralização, relacionados aos regimes autoritários e à vigência da ordem democrática, que alteraram as relações de poder entre a União, os estados e os governos locais.[10] Em seu estudo já clássico sobre o tema, Abrucio (1998) destaca o longo período do "unionismo autoritário" no Brasil, que vigorou como forma de relação intergovernamental na ditadura militar,[11] seguido pela conformação, nos anos 80, de um arranjo "estadualista", consolidado com as eleições diretas para os governos estaduais e a vitória da oposição em 1982.

---

[9] Stepan (1999) buscou confrontar duas lógicas distintas que atuam na origem das federações: o federalismo como um arranjo político no qual se juntam unidades político territoriais com autoridade previamente existente ("*come together*"); o federalismo como um arranjo que mantém juntas unidades territoriais que poderiam aspirar trajetórias independentes ("*hold together*").

[10] A periodização do federalismo no Brasil já foi objeto de diversos trabalhos, com objetivos e perspectivas de análise distintas. Entre outros, Abrucio (1998); Kugelmas e Sola (1999); Viana, Lima e Oliveira (2002).

[11] Este modelo firma-se sobre três pilares: o financeiro, o administrativo e o político. A centralização de receitas pelo Executivo, a uniformização administrativa nas três esferas de governo e o controle das eleições dos governadores asseguravam a predominância da União sobre os demais entes federados.

Esse modelo, em que o Executivo perdeu forças para o Congresso Nacional e a União, para os estados, surge pelo fortalecimento do poder dos governadores, assentado sobre: a coincidência temporal entre as crises do Estado desenvolvimentista e a do regime militar, aliada ao contínuo crescimento financeiro das unidades subnacionais; o papel dos governadores na transição democrática; a importância das eleições estaduais no sistema político-eleitoral (tanto em relação à Presidência, como também às assembleias legislativas e às prefeituras municipais); a crise do presidencialismo brasileiro durante a década de 1980 e início dos anos 90.

Alguns estudos tendem a enfatizar os aspectos negativos desse arranjo, que ainda dificultam a formulação e a implementação das políticas públicas diante da situação de ingovernabilidade gerada e do movimento predatório dos estados (Abrucio & Samuels, 1997; Abrucio, 1998, 2001). No entanto, esse diagnóstico não é consensual entre os cientistas políticos que se dedicam ao tema.

Almeida (2001) concorda com a tese de Abrucio de que os estados são atores políticos historicamente importantes, que exercem influência sobre suas bancadas no Congresso, sobre as eleições municipais e a conformação dos partidos, o que os torna, na metáfora utilizada por Abrucio, verdadeiros "barões da federação". No entanto, pondera a falta de evidências que sustentem a afirmação de que o acúmulo de poder dos governadores os tenha transformado necessariamente em "jogadores com poder de veto" durante o período democrático, dificultando a realização da agenda de reformas pelo Executivo.

Um olhar minucioso sobre os anos 90 mostra que foi possível implementar um programa amplo de estabilização econômica, encaminhar importantes reformas constitucionais e estabelecer limitações fiscais aos entes subnacionais a despeito do recrudescimento do poder dos estados na década anterior. Alguns autores assinalam que a extensão dos recursos de poder da Presidência da República no Brasil, auferida pela soma de poderes acumulada por sua tecnoburocracia (Kugelmas & Sola, 1999), e a visão centralizadora que predomina em nossa cultura política (Almeida, 2005) ajudam a compreender a importância da União perante os demais entes governamentais.

Se o curto período "estadualista" em nossa federação existiu durante a redemocratização, é possível afirmar que ele entrou em crise ainda na primeira metade da década seguinte em função de uma série de mudanças decorrentes da própria Constituição de 1988 (CF88), das prioridades federais e das condições políticas e econômicas do período recente. Tais mudanças alteraram o funcionamento das instituições federativas brasileiras, nas dimensões política, fiscal e organizacional, com implicações para as relações intergovernamentais e para atuação da esfera estadual.

Em primeiro lugar, destaca-se 'o fortalecimento dos municípios no sistema político nacional', transformados em entes federativos com o mesmo *status* jurídico-constitucional que os estados e a União, tendo suas competências e prerrogativas asseguradas por força da Lei Constitucional e do Poder Judiciário.[12] O Brasil, portanto, diferentemente das

---

[12] A CF88, em seu art. 18, define que "a organização político-administrativa no Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos nos termos da Constituição" (Brasil, 1988).

demais federações existentes no mundo, possui soberania partilhada por três esferas de governo, refletindo uma longa tradição do poder local no país.[13] O reconhecimento dos municípios como entes federativos foi também acompanhado por um processo importante de ampliação e descentralização de encargos sociais e recursos fiscais, e intensificação do processo de emancipação de novos municípios.

Observa-se que os governos locais são igualmente responsáveis por grande parte das políticas públicas, definidas como competências comuns aos três entes na CF88, entre elas: saúde e assistência pública; assistência aos portadores de deficiência; cultura, educação e ciência; habitação e saneamento; proteção ao meio ambiente e aos recursos naturais (Brasil, 1988).

Em relação à descentralização tributária, estimativas efetuadas indicam que a participação da União na receita disponível caiu de 64,1% em 1987, para 56,7% em 2000. Enquanto isso, no mesmo período, os estados aumentaram sua fatia de 23,3% para 26,4% e os municípios, de 12,6% para 16,9% (Rezende & Afonso, 2001). Os municípios foram os principais beneficiados pela ampliação de tributos, pois, assim como a União, os estados, que desempenham importante função na arrecadação total do país em virtude de sua competência sobre o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), arrecadam relativamente maior parcela de receita fiscal do que lhes resta no orçamento após as transferências intergovernamentais.[14]

A prerrogativa dos municípios na descentralização de receitas se deve à ampliação de suas competências tributárias e ao aumento das transferências obrigatórias da União e dos estados na CF88. Das receitas totais cedidas pelo governo federal, a maior parte vai para as jurisdições locais por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Em relação aos estados, Prado (2003) estima que cerca de 30% de suas receitas são transferidas aos municípios, incluindo 25% do ICMS, 50% do Imposto sobre Veículos Automotores (IPVA) arrecadados e 25% do IPI-Exportação recebido da União.

Sobre a criação de novos municípios, levantamentos efetuados indicam que no período entre 1980 e 2001 foram instalados 1.570 municípios no país (Bremaeker, 2001).[15]

---

[13] Souza (2005) enfatiza esse aspecto ao analisar a forma como o federalismo foi desenhado nas sete constituições que regeram as instituições brasileiras após a promulgação da República, acentuando o processo de descentralização administrativa e fiscal ocorrido para os municípios em períodos que precederam a CF88. Além disso, o movimento municipalista no Brasil ganhou contornos mais nítidos nos anos 80 constituindo-se num ator organizado nos debates políticos. Em 1980, foi fundada a Confederação Nacional dos Municípios. No âmbito da saúde, desde a década de 1970 um conjunto de eventos municipalistas, associados ao movimento de reforma do setor saúde, possibilitou o início da institucionalização do movimento e sua consolidação nos anos 80 e 90 (Goulart, 1996).

[14] Em 1988, houve o aumento da abrangência do antigo Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), sob competência dos estados, com a criação do ICMS. O ICMS inclui impostos que anteriormente eram de competência da União (sobre combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transportes). Entretanto, algumas alterações do sistema tributário na CF88 comprometeram a arrecadação total dos estados, como a não incorporação do Imposto sobre Serviços, mantido sobre competência dos municípios no ICMS, o compartilhamento com os governos locais do antigo imposto sobre a transmissão de bens imóveis e a desoneração fiscal das exportações promovida pelo Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (IPI-Exportação) (Rezende, 2003).

[15] Segundo Bremaeker (2001), 31,8% deles entre 1980 e 1991, 30,8% em 1993, 34,0% em 1997 e 3,4% em 2001. Entre as Unidades da Federação, aquelas que apresentaram maior número de novos municípios,

Atualmente, existem 5.563 municípios, sendo que mais de 75% possuem menos de 25.000 habitantes. Esse fenômeno, que não é novo, é decorrente tanto das regras de partilha do FPM[16] como resultante da regulamentação sobre a criação, incorporação, fusão e o desmembramento de governos locais.[17]

A descentralização 'municipalista' fortalece, na arena política, os atores municipais e coloca novos desafios para os processos de condução política a cargo das instâncias estaduais. Por um lado, abre possibilidades de transformação da relação Estado e sociedade e de maior experimentação no campo das políticas públicas em nível local. Por outro, sabe-se que a maioria dos municípios brasileiros (os de pequeno porte populacional) não tem arrecadação própria significativa e depende das transferências intergovernamentais de recursos, com limitada capacidade de aumentar seu grau de autonomia política e financeira a partir do processo de descentralização (Prado, Quadros & Cavalcanti, 2003; Lima, 2007). Os gastos *per capita* com a manutenção dos quadros legislativos nas pequenas localidades, por vezes, superam as despesas com as políticas sociais (Gomes & MacDowell, 2000), e muitos municípios têm dificuldades administrativas, de formação e fixação de quadros públicos qualificados, o que limita as condições para o exercício dos governos locais (Souza, 2002).

Ressalta-se que, com exceção da educação, que possui um dispositivo de transferência compartilhada entre os governos (o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – Fundeb), as relações fiscais predominantes, gerais e setoriais, se dão entre a União e os municípios, sendo pouco intermediadas pelos estados. As transferências estaduais, efetuadas por meio do ICMS, são particularmente importantes para as cidades médias e grandes, áreas com enormes carências, e onde vive a maior parcela da população. Entretanto, enquanto os principais mecanismos de transferência tributária adotados pelo governo federal são de natureza redistributiva (o FPM e as transferências automáticas do SUS), prepondera nas transferências regulares dos governos estaduais a devolução tributária (90% dos recursos totais transferidos). Isso acaba por restringir os instrumentos legais, a cargo dos governos estaduais, que possibilitariam a compensação financeira e a diminuição das desigualdades na capacidade de gasto dos municípios.

Cabe ainda salientar que o elevado número de municípios no Brasil favorece a "pulverização da representação política" (Dain, 1995), tornando mais complexo o processo de

---

no período entre 1980 e 2001, foram: Rio Grande do Sul (16,9% do conjunto brasileiro); Minas Gerais (8,3%); Paraná e Piauí (6,9% cada); Santa Catarina (6,1%); Tocantins e Maranhão (5,5% cada); Mato Grosso (5,4%); Bahia (5,2%); Goiás (4,8%); São Paulo (4,7%); e Pará e Paraíba (3,8% cada).

[16] O desdobramento de um município, ao ratear sua base populacional, coloca-o em uma faixa populacional que atribui a ele um coeficiente de rateio relativamente mais favorável à apropriação dos recursos do FPM. Pela quantidade de recursos que o fundo mobiliza, Dain (1995) pondera a existência no país de um incentivo financeiro potente à emancipação de pequenos municípios.

[17] Inicialmente, a Constituição definia que a criação de municípios deveria obedecer à legislação estadual e referendo da população diretamente interessada mediante a realização de plebiscito. Após a promulgação da Emenda Constitucional n.15, de 13 de setembro de 1996, novos municípios só são permitidos após divulgação dos Estudos de Viabilidade Municipal, apresentados e publicados na forma da lei.

formulação e de implementação de políticas públicas no âmbito estadual. Além disso, tal como alertam Daniel e Somekh (2001), a ideia da descentralização como sinônimo de municipalização induz a um pensamento autárquico que pressupõe que os governos locais possam equacionar sozinhos suas próprias dificuldades. Essa visão equivocada estimula mais a disputa do que a conformação de estratégias e de instrumentos de parceria entre os governos. Para o SUS, em que a cooperação é condição fundamental para otimização do uso de serviços voltados para problemas de ação coletiva que extravasam às fronteiras político-administrativas da federação, a competição desmedida entre os governos locais acaba comprometendo a própria configuração do sistema no território.

Um segundo aspecto importante a ser considerado diz respeito às 'condições de financiamento dos estados no pós-1988'. A análise da década de 1990 demonstra que a descentralização tributária era incoerente, sobretudo, com o modelo de atuação do Estado na economia e na proteção social desenhado após a inflexão conservadora nos anos seguintes à Constituição. A descentralização associada à ampliação dos encargos sociais colidiu diretamente com os objetivos de liberalização econômica e de retração do Estado, pois os investimentos e o aumento dos gastos públicos necessários à universalização da cobertura de serviços essenciais, como os da saúde, eram incompatíveis com o equilíbrio fiscal.[18] Assim, foi necessário estabelecer formas para reapropriação de recursos e controle sobre os gastos para evitar uma ampliação ainda maior da transferência de recursos e das despesas públicas nos estados e municípios.

Vários foram os mecanismos utilizados pela União para recompor suas receitas tributárias e controlar o déficit fiscal decorrente dos aumentos das despesas nas esferas subnacionais de governo. Entre eles, destacam-se: a ampliação e o contingenciamento das contribuições sociais que deveriam ser destinadas ao financiamento da seguridade social; o corte nos investimentos públicos federais; a implantação de condicionalidades para o repasse de recursos e renegociações da dívida pública com a União; as restrições sobre a gestão de recursos fiscais no nível subnacional.

Tais medidas incidiram nos orçamentos municipais e estaduais e no financiamento da saúde, frustrando as expectativas de maiores benefícios associados à descentralização (Lima, 2007). No entanto, no caso dos estados, tiveram um impacto financeiro mais significativo, tendo em vista o alto grau de endividamento desses entes bem como às formas de renegociação do estoque de suas dívidas promovidas pelo governo federal.

No princípio dos anos 90, quando a preocupação com o déficit público tornou-se elemento central da política econômica, os governos estaduais já se encontravam endivi-

---

[18] Varsano (1996) indica que os estados e municípios, ainda que favorecidos pelo aumento de receita tributária, continuaram com dificuldades financeiras diante de suas dívidas passadas e do aumento de suas despesas correntes. Entre 1988 e 1990, verifica-se que os governos estaduais aumentaram cerca de 2% do PIB de sua receita disponível, despendendo cerca de 74% desse ganho com pagamento de pessoal. Nos municípios, 30% da receita adicional foram gastos com aumentos de salários. As principais fontes de despesa foram justamente as áreas de saúde e educação, para quais as responsabilidades dessas instâncias ampliaram-se e onde ocorreram transferências importantes de equipamentos e serviços, além de grandes gastos com o funcionalismo público.

dados por problemas herdados do passado.[19] Inicialmente, o ajuste de suas contas fiscais era feito por meio do congelamento de salários, do adiamento da execução de despesas orçamentárias, da indexação das receitas à inflação e da obtenção de empréstimos junto a suas instituições financeiras. Com a estabilidade, essas estratégias tornaram-se ineficazes, enquanto as altas taxas de juros utilizadas para conter a inflação tornaram a economia menos dinâmica e incidiram sobre a arrecadação tributária.

Em contrapartida, as estratégias montadas pelo governo federal para limitar as despesas estaduais implicaram amplo programa de 'saneamento financeiro' atrelado à renegociação de suas dívidas.[20] As metas estabelecidas pelo programa de refinanciamento impuseram um enorme esforço fiscal aos estados, de modo a manter o equilíbrio de suas contas e, simultaneamente, arcar com as taxas elevadas de juros e amortização de parte das dívidas. A tarefa tornou-se ainda mais complexa devido às condições desfavoráveis para conseguir novos empréstimos e ao fraco comportamento da arrecadação, agravada pela aprovação da lei Kandir em 1996 (que desonera as exportações de produtos primários e semielaborados) e pelo baixo crescimento da economia.

Durante os anos 90, na esteira do abandono, pelo governo federal, das políticas de desenvolvimento regional, os estados passaram a utilizar seu poder de gestão sobre as alíquotas do ICMS como instrumento de política econômica, em prejuízo à arrecadação, com o objetivo de atrair novos investimentos e de promover o desenvolvimento industrial, configurando o fenômeno de 'guerra fiscal'.[21]

Prado e Cavalcanti (2000) indicam que a nova onda de investimentos privados nacionais e estrangeiros que se formou nesta época no Brasil impulsionou a disputa interestadual. Estados menos desenvolvidos, temendo perder investimentos em consequência das melhores condições dos principais centros industriais do país, passaram a oferecer maiores incentivos. No entanto, segundo os autores, essa disputa prejudica a todos, pois:

- devido ao princípio misto de origem-destino aplicado ao ICMS, o peso dos benefícios concedidos é suportado, de fato, pelos estados onde o bem é consumido;
- visto que os investidores circulam em busca de concessões ainda mais vantajosas e, em face das ameaças de mudança de localização, os conflitos federativos tendem a acirrar-se;
- com todos os estados engajados na disputa, os benefícios tendem a se igualar e perdem sua eficácia como instrumento de política econômica. As decisões dos investidores voltam ao básico: boa infraestrutura e boas condições socioeconômicas.

[19] Segundo Lopreato (2000), o endividamento dos governos estaduais originou-se entre os anos 60 e 70, quando as operações de crédito funcionaram como mecanismo de financiamento desses entes no modelo de desenvolvimento que marcou a ditadura.

[20] A partir de 1995, o programa envolveu reformas do setor público visando à contração das despesas correntes e ajuste patrimonial, incluindo privatização de empresas estatais. Para uma discussão aprofundada do processo de endividamento dos estados e das estratégias de renegociação de suas dívidas, consultar Mora (1998), Lopreato (2000) e Mora e Varsano (2001).

[21] O manejo das alíquotas do ICMS para atrair investimentos quando praticado sem a aprovação do conjunto dos estados é considerado ilegal no Brasil. No entanto, a falta de mecanismos regulatórios satisfatórios e a atuação do próprio Conselho Nacional de Política Fazendária (Confaz), composto pelos secretários de Fazenda dos estados, acabaram acentuando sua ocorrência.

> Como os estados menos desenvolvidos reduzem sua capacidade de financiamento público, e com a falta de uma política regional patrocinada pelo governo central, as disparidades territoriais aumentam.

A partir de 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estabelece condições duras a serem observadas na gestão das contas públicas das diferentes esferas de governo e nos três Poderes para sustentar a disciplina fiscal (Brasil, 2000a). A lei enfatiza a transparência como condição para aumentar o controle dos contribuintes sobre as ações. Dentre os dispositivos de maior impacto para a gestão subnacional, destaca-se o limite de comprometimento da receita corrente líquida com o pagamento de pessoal, fixado em 60% para estados e municípios. O não cumprimento das obrigações leva a várias penalidades, inclusive incriminações pessoais.

Segundo Lopreato (2000), diante das limitações financeiras e das pressões para o ajuste fiscal, os estados "perdem capacidade de atuação". É somente a partir de 2004, que os estados voltam a recuperar a sua capacidade de gasto devido ao crescimento econômico que se reflete nas receitas fiscais arrecadadas (principalmente o ICMS) e na geração de superávits. Entretanto, as restrições aqui destacadas não podem ser desconsideradas quando se analisa o frágil desempenho dos estados em relação às suas despesas próprias com ações e serviços públicos de saúde e o descumprimento ainda frequente em relação aos dispositivos da Emenda Constitucional 29 (Mesquita, 2008).

Um terceiro elemento que tensiona a atuação dos estados refere-se ao 'predomínio de competências comuns aos três entes no terreno das políticas sociais' (art. 23) 'e ao caráter concorrente da União e dos estados no que diz respeito à temática legislativa' (art. 24),[22] 'associado à insuficiência dos mecanismos de coordenação federativa existentes' (Brasil, 1988).

No Brasil, optou-se por uma modalidade de federalismo cooperativo, que introduz a possibilidade de execução conjunta e admite a participação de mais de uma esfera política nas tarefas governamentais (Dallari, 1995). De acordo com Almeida (2001), esse padrão é comum em diversas federações do mundo, permitindo uma maior flexibilidade na distribuição de responsabilidades em situações de expressivas desigualdades, como é a brasileira. Simultaneamente, o constituinte remeteu à formulação posterior de uma lei complementar a responsabilidade sobre a fixação de normas para a cooperação intergovernamental.

Na falta da promulgação desta lei, as políticas sociais, no âmbito de sua regulamentação específica, estabeleceram caminhos próprios para a repartição de competências e funções do Estado e para a criação de arranjos e instrumentos de coordenação e cooperação entre as instâncias de governo. A política de saúde, por exemplo, desenvolveu, por um lado, regras e instrumentos que possibilitaram sua adaptação em nível estadual e impuseram

---

[22] Segundo o art. 24 da Constituição Federal, a União tem a competência de estabelecer normas gerais que podem ser complementadas por legislação estadual, desde que estas não sejam contrárias às regras mais amplas. Os estados podem exercer competência legislativa plena somente nos casos de ausência de legislação federal sobre as normas gerais.

ritmos e situações diferenciadas ao processo de descentralização do SUS, com flexibilidade para atender a situações de desigualdades das unidades subnacionais (Arretche, 2000). Por outro lado, possibilitou a criação e o fortalecimento de instâncias de negociação e a pactuação entre os gestores do SUS e o exercício da gestão compartilhada na saúde (Machado, Lima & Baptista, 2007).

Porém, ao mesmo tempo que a questão da cooperação intergovernamental foi remetida para as políticas específicas, não foram revistos os espaços e mecanismos institucionais no âmbito mais geral da federação para gerar as condições políticas e econômicas necessárias à coordenação federativa. Compreendida como formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta que resultam na instauração de parcerias aprovadas pelos governos (Abrucio, 2005), a coordenação é um elemento-chave para se garantir o equilíbrio federativo. Para o seu fortalecimento é necessário a emergência de estruturas dedicadas à construção da relação centro/periferia, o reforço de burocracias eficientes nos diferentes níveis de governo, a existência de gestores intergovernamentais e o desenvolvimento de instrumentos de diplomacia que favoreçam o entendimento e o encaminhamento dos conflitos (Viana, Lima & Oliveira, 2002). Estas questões extrapolam o escopo das políticas específicas e remetem a características mais estruturais do Estado e à sua forma de atuação.

Nesse sentido, chama atenção que a lei complementar para fixação das normas para cooperação não tenha entrado na agenda de discussões dos fóruns legislativos, nem tenha sido objeto de votação do Senado, câmara de representação dos estados por excelência e que deveria ter como foco as questões de interesse federativo. Mesmo no âmbito dos Executivos, há poucos espaços formais e não há tradição de debate e cultura de negociação política envolvendo os assuntos pertinentes à federação.[23] Vale ainda mencionar que, até 2005, não existia no Brasil uma legislação específica que apontasse as formas de consorciamento entre os entes da federação.[24] Somente em abril de 2005 foi aprovada a lei n. 11.107/2005, que dispõe sobre a contratação de consórcios públicos, regulamentada posteriormente através do decreto n. 6.017/2007 (Pedreira, 2007).

Por último, cabe enfatizar a importante 'assimetria existente entre os estados'. A desigualdade territorial é uma marca da nossa federação desde seu nascedouro, e até hoje não foi suficientemente enfrentada pelos sucessivos governos, tendendo a aumentar em face do processo atual de abertura da economia brasileira. Em que pesem as distâncias políticas e econômicas entre os estados, há uma tendência à adoção de regras uniformes

---

[23] Apenas em 2003, é criada uma estrutura no Executivo Federal – a Subchefia de Assuntos Federativos – para auxiliar os governos, a Presidência e os ministros de Estado, nos programas e projetos pertinentes à federação.

[24] A ausência de lei específica não inibiu a constituição de consórcios intermunicipais no Brasil. Segundo Pedreira (2007), no ano de 2005, somente na saúde, havia, no país, 1.907 municípios (34,3% do total) participando de consórcios. A autora sugere que, tendo em vista a fragilidade do ordenamento legal, são os próprios entes federativos que começam a reivindicar um tratamento jurídico mais adequado ao tema. A legislação recente sobre os consórcios públicos vem a atender a estas demandas, mas sua aplicação parece bastante complexa e suscita questionamentos em relação ao papel dos estados no processo.

para as esferas subnacionais, em especial as instâncias estaduais, dificultando a adoção de políticas próximas a suas realidades e prioridades (Souza, 2005).

Noutro aspecto, o território, como elemento de síntese das desigualdades socioeconômicas existentes, não se apresentou como objeto principal de análise e planejamento para as diferentes áreas do governo durante toda a década de 1990, restringindo-se às políticas de desenvolvimento macrorregional (Gadelha *et al.*, 2009). Tal postura embotou a capacidade política e técnica na construção de estratégias regionais e, de certo modo, possibilitou a acomodação de interesses. Para a saúde, o avanço limitado da lógica territorial na condução de políticas específicas repercutiu diretamente no processo de descentralização e na atuação dos estados (Viana *et al.*, 2007).

O Quadro 1 resume os principais dilemas institucionais aqui pontuados para atuação dos estados.

Quadro 1 – Dilemas institucionais para atuação dos estados no Brasil

Dimensões do federalismo	Dilemas para atuação dos estados
Política	Predomínio de cultura política centralizadora Fortalecimento dos municípios no sistema político Pulverização e fragmentação do poder e interesses no âmbito local Governabilidade reduzida dos estados Limitações dos mecanismos de negociação intergovernamental Insuficiência de mecanismos regulatórios entre os governos
Fiscal	Predomínio das relações fiscais entre a União e os municípios Insuficiência dos mecanismos de equalização fiscal a cargo dos estados Privilegiamento dos municípios na descentralização tributária Endividamento e restrição da autonomia orçamentária dos entes subnacionais Guerra fiscal entre os estados
Organizacional	Número elevado de municípios brasileiros com limitações das condições institucionais e políticas Predomínio de competências comuns e concorrentes entre os governos Insuficiência dos espaços e mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamental Assimetria entre os governos subnacionais Uniformidade das regras nacionais e pouco enfrentamento das desigualdades territoriais com estratégias regionais

O Papel da Esfera Estadual no Marco Legal e Normativo do SUS

Em consonância com o exposto ao longo deste capítulo, considera-se importante compreender a definição sobre o papel da esfera estadual no arcabouço legal e normativo do SUS, considerando as funções do Estado na saúde: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços.

Empreender a análise do marco legal e normativo sugere de imediato uma compreensão mais específica da Constituição Federal Brasileira, entendida como norma fundamental do Estado e orientadora dos princípios que definem a ação dos órgãos supremos (Bercovici, 2004).

A CF88 é o marco legal que orienta o Estado brasileiro no exercício de suas funções na saúde. Na nova Carta, estão expressos os princípios, direitos e as garantias fundamentais do Estado,[25] entre os quais se inclui o direito à saúde (art. 6). A explicitação do arranjo político-institucional setorial foi feita no âmbito da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080) e, de forma complementar, na lei n. 8.142, ambas aprovadas no ano de 1990 (Brasil, 1990a, 1990b).[26] Assim, quando se trata de analisar as funções do Estado na saúde definidas para as três esferas de governo, tais leis (leis n. 8.080 e n. 8.142) se configuram como principal instrumento legal de análise.

Ainda no sentido de compreender o marco no qual as leis se inserem, devem-se considerar as emendas constitucionais à Carta de 1988 que modificam e introduzem inovações ao texto constitucional e que servirão de embasamento legal para as normativas do Estado. No caso em específico da saúde, é preciso incorporar a emenda constitucional 29 (EC29) aprovada no ano 2000, que, de modo específico, trata da função do financiamento da saúde.[27]

A EC29 (Brasil, 2000b) altera seis artigos da CF88 e acrescenta um artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias com o objetivo de garantir a estabilidade no financiamento da saúde, definindo a participação das esferas de governo no aporte de recursos. Com a emenda, os estados passam a ter que aplicar, no mínimo, 12% de suas receitas próprias em ações e serviços públicos de saúde, e os municípios, 15%. No caso da União, a definição é mais frouxa suscitando maior precisão em regulamentação posterior. Ressalte-se que a emenda não logrou definir as "ações e serviços públicos de saúde", o que possibilitou a utilização dos recursos setoriais em outras áreas afins. Estados e municípios, desde a aprovação da EC29, passaram a aplicar mais recursos em saúde em termos percentuais, o que não significou, necessariamente, um maior aporte de recursos para as ações de saúde propriamente ditas.[28]

---

[25] Na Carta, além dos princípios, direitos e garantias fundamentais do Estado, estão definidas as diretrizes sobre a organização do Estado e dos Poderes, as questões relativas à defesa do Estado e das instituições democráticas, a tributação e o orçamento, a ordem econômica, financeira e social (Brasil, 1988).

[26] A lei n. 8.142 (Brasil, 1990b) foi apresentada com o objetivo de recuperar alguns dos artigos da lei n. 8.080 (Brasil, 1990a) que estavam na proposição inicial aprovada pelo Congresso e que sofreu vetos do presidente Fernando Collor. Dentre os aspectos recuperados na lei n. 8.142 estão os relativos à participação popular e parte dos artigos referentes ao financiamento, especificamente no que se refere à transferência de recursos .

[27] O texto constitucional não definiu uma vinculação orçamentária para a saúde, apesar dos esforços empreendidos pelos grupos reformistas. O principal argumento contrário à vinculação estava na lógica orçamentário-tributária que defendia a flexibilidade da gestão pública. Ao final do debate inseriu-se, nas disposições transitórias da CF88, a definição de 30% do orçamento da seguridade social a serem destinados para a saúde. Sobre as disputas em torno ao texto constituinte e a questão do financiamento, ver Baptista (1998) e Rodrigues Neto (2003).

[28] Desde a aprovação da EC29 no ano 2000 tramita no Congresso Nacional uma nova proposta de Lei Complementar (Brasil, 2000a) com o objetivo de regulamentar a EC29 e esclarecer a definição de "ações e serviços públicos de saúde", estabelecer percentuais mínimos para a União e critérios para transferência e uso dos recursos nos estados e municípios.

Em síntese, é importante perceber que a CF88 define por meio de diretrizes gerais a proposta política de organização do sistema de saúde e que somente no ano 2000 a EC29 recupera uma função importante do Estado na saúde: o financiamento. No que tange à esfera estadual, o marco constitucional afirma sua responsabilidade na garantia do direito à saúde e sua participação no financiamento do sistema.

Com a Lei Orgânica da Saúde (LOS) detalham-se os princípios do SUS presentes na Constituição. A lei define a estratégia de organização do sistema e traduz em capítulos específicos as competências e atribuições das esferas de governo, a forma de funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde, a política de recursos humanos e de financiamento (Brasil, 1990a). Pode-se dizer que a LOS é a expressão de uma dada visão estratégica de reforma do sistema de saúde historicamente datada.

Um primeiro aspecto a ressaltar sobre a estratégia desenhada é a aposta em um projeto de descentralização pautado na organização dos sistemas municipais: "descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde" (art. 7, inciso IX).

Quando são analisadas as competências e atribuições de cada esfera de governo pelas funções de Estado na saúde (Quadro 2), é possível perceber novamente a ênfase na descentralização municipalista remetendo aos estados o papel de coordenador do sistema – "À direção estadual do SUS compete promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS" (art. 17, incisos I e II).

A delegação do papel de coordenador ao estado não significou a retirada de sua responsabilidade na garantia do direito à saúde, mas a compreensão de sua relevância para a articulação, o apoio, o controle e a avaliação dos municípios sob sua jurisprudência.

No que se refere à prestação de serviços, há um rol expressivo de atribuições definidas para os estados na LOS. Assim, os estados devem assumir funções específicas de referência para os municípios e de forma complementar, ou suplementar, quando necessário, às ações e aos serviços que caberiam ao município. Em relação ao financiamento, cabem aos estados o apoio financeiro aos municípios, a contrapartida orçamentária e a responsabilidade na administração de recursos municipais, quando estes não atendem aos requisitos para o recebimento das transferências federais do SUS.

O processo de planejamento e orçamento previsto na LOS se estende do nível local até o federal (lógica ascendente) e busca compatibilizar as necessidades da política com a disponibilidade de recursos (art. 36). Entretanto, não há explicitação da responsabilidade direta dos estados na formulação e planejamento de políticas loco-regionais. Vale ressaltar que, ainda na função de formulação de políticas e planejamento, considera-se a constituição de consórcios municipais sem qualquer participação dos estados na articulação dos mesmos (art. 10). Tais aspectos evidenciam lacunas quanto ao importante papel de condução e mediação política a ser exercido pelos estados na saúde.

Quadro 2 – Competências e atribuições da esfera estadual nas leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 segundo funções na saúde

Leis/Funções do Estado na saúde	Formulação de Políticas e Planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços
Lei n. 8.080/1990 Lei n. 8.142/1990	• Participar da formulação de políticas de saneamento, insumos e equipamentos em saúde • Elaborar o plano de saúde sob sua competência e promover a articulação da política e dos planos de saúde municipais • Promover a descentralização para os municípios • Prestar apoio técnico aos municípios • Acompanhar, controlar e avaliar redes hierarquizadas do SUS	• Administrar recursos orçamentários e financeiros • Elaborar proposta orçamentária em conformidade com o plano • Prestar apoio financeiro aos municípios • Explicitar a contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento* • Administrar os recursos do município quando este não atende aos requisitos*	• Estabelecer normas para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde • Formular normas e estabelecer padrões e procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano • Elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde	• Identificar hospitais de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional • Coordenar rede estadual de laboratórios e hemocentros e gerir suas unidades • Coordenar e executar, em caráter complementar, ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador • Executar supletivamente ações e serviços de saúde

*Previsto na lei n. 8.142 (Brasil, 1990b). Todas as demais atribuições do estado apresentadas no quadro estão definidas na lei n. 8.080 (Brasil, 1990a).
Obs: Na elaboração do quadro foram consideradas tanto as atribuições comuns das três esferas quanto as atribuições específicas do estado.

Dada a importância assumida pela descentralização no marco legal da saúde e ao contexto de reformas dos anos 90, esta passou a ser um dos eixos centrais na implementação do SUS. A descentralização da política de saúde tornou-se fortemente conduzida e regulada pelo Ministério da Saúde ao longo desses anos. A base da regulação federal utilizada foi a normatização, consubstanciada na edição anual de dezenas de portarias formuladas nas diversas áreas do Ministério e demais entidades federais – em geral associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços.[29]

Sem desconsiderar a importância dos vários instrumentos utilizados e seus impactos sobre a gestão descentralizada do sistema de saúde, as Normas Operacionais (NO) do SUS

[29] Sobre essa base se associam outras formas de regulação, tais como: apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais, divulgação de propostas e instrumentos técnicos de gestão, capacitação de recursos humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, implementação de novas estruturas de regulação da rede de serviços, entre outros (Machado, 2002).

e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde, ocuparam papel de destaque na estratégia de regulação nacional da descentralização. Nos anos 90, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1992 (similar à anterior) (Brasil/MS, 1991, 1992), de 1993 (Brasil/MS, 1993) e de 1996 (Brasil, 1997). Na década de 2000, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) nas versões 2001 e 2002 (Brasil/MS, 2001, 2002) e, em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde (Brasil/MS, 2006).

De caráter transitório, as normas federais foram sendo detalhadas, alteradas e sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si. Em geral, definem diferentes atribuições gestoras – do nível federal, estadual e municipal – sobre as ações e os serviços prestados no âmbito do SUS, bem como as responsabilidades e modalidades de transferência de recursos federais de custeio e de remuneração de serviços. Dado o peso dos recursos federais para o financiamento da saúde, as portarias federais têm um valor fundamental na configuração do papel gestor e dos sistemas de saúde nas esferas subnacionais. No entanto, há de se considerar os limites dessas normativas, que não abrangem todas as dimensões e variáveis importantes para consolidação do SUS (Levcovitz, Lima & Machado, 2001).

O Quadro 3 traz um balanço sobre o papel do estado nas principais normas do SUS no período de 1990 a 2006. Ressalte-se que essas normas foram elaboradas em contextos político-institucionais específicos, refletindo momentos distintos da implantação do SUS e posições variadas dos atores políticos nacionais em relação ao processo de descentralização e papel das três esferas de governo do SUS. Tal consideração é importante para compreender as diferenças das normas quanto à concepção sobre o papel dos estados e quanto ao conteúdo das propostas apresentadas nesse âmbito. Todavia, é possível perceber indícios de certo *continuum*, no sentido de que cada norma incorpora elementos presentes nas anteriores – em termos de diretrizes e instrumentos – e busca avançar em relação a lacunas não resolvidas pelos dispositivos normativos (Viana, Lima & Oliveira 2002).

Quadro 3 – Balanço do papel das instâncias estaduais no marco normativo do SUS segundo as macrofunções na saúde

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços
NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92	Fraco: propõe a programação e orçamentação da saúde (Pros) que deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. A Pros trabalha com diretrizes, objetivos e metas a partir do diagnóstico da saúde, devendo articular todos aqueles envolvidos na execução das ações.	Fraco: administra o recurso municipal quando o município não cumpre com os requisitos; prevê que o estado destine, no mínimo, 10% do seu orçamento para a saúde no ano da Norma. Define o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (Fege).	Fraco: contempla apenas a regulação de sistemas, quando afirma que ao estado cabe "controlar o controle municipal"; não participa da constituição dos consórcios intermunicipais.	Fraco: determina a execução de ações em caráter transitório.
NOB SUS 01/93	Fraco: aborda a formulação de algumas políticas específicas e trata da função planejamento superficialmente, no sentido de oferecer apoio ao processo de descentralização municipalista. Constitui a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e define condições de gestão para os estados; conforme a condição de gestão, o estado assume a responsabilidade na programação integrada e o controle das cotas ambulatoriais e hospitalares.	Fraco: prevê que o estado participe do financiamento do SUS; define o Fator de Apoio ao Estado para repasse de recursos de custeio para atividades definidas; recebe recursos dos municípios não enquadrados nas condições de gestão.	Moderado: contempla a regulação de sistemas, de prestadores e sanitária, embora sucintamente. Deixa lacunas quanto à regulação de mercados.	Fraco: seu foco é a descentralização das ações e dos serviços para os municípios. Determina que o estado coordene a rede de referência e administre sistemas de alta complexidade em condição de gestão específica.
NOB SUS 01/96	Moderado: fortalece o papel do estado quando reconhece sua importância para a conformação da rede de serviços. Enfatiza a CES e CIB como instâncias que viabilizam a negociação entre as esferas de governo. Destaca-se a configuração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Define novas condições de gestão para os estados.	Moderado: prevê que o estado participe do financiamento do SUS. A PPI como instrumento para programação e distribuição dos recursos entre municípios, tendo o estado como mediador. Estabelece a transferência direta de valores segundo as condições de gestão. Estabelece o Piso Assistencial Básico (PAB), que é repassado aos estados no caso dos municípios não habilitados. Estabelece a Fração Assistencial Especializada (FAE) e o Índice de Valorização dos Resultados (IVR)	Moderado: contempla a regulação de sistemas, de prestadores e sanitária, de forma mais clara. Deixa lacunas quanto à regulação de mercados.	Fraco: determina a execução de ações em caráter transitório dos municípios que ainda não assumiram a responsabilidade. Determina que o estado administre as unidades de hemorrede e laboratórios.

Quadro 3 – Balanço do papel das instâncias estaduais no marco normativo do SUS segundo as macrofunções na saúde (Cont.)

Principais normativas	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação	Prestação de serviços
Noas SUS 01/01 e Noas SUS 01/02	Forte: enfatiza a importância do estado para a constituição das redes regionalizadas de serviços. Inclui ações de planejamento, abrangendo a identificação das necessidades, elaboração de planos de intervenção – Plano Diretor de Regionalização (PDR), PPI e Plano Diretor de Investimento (PDI) – e articulação com outros gestores.	Moderado: prevê que o estado participe do financiamento do SUS; utiliza a PPI para a alocação no uso de recursos por necessidades e define prioridades de investimento na política de alta complexidade/custo.	Moderado: contempla a regulação de sistemas, de prestadores e sanitária, de forma mais completa. Cabe destacar a preocupação com o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria e o estabelecimento do Relatório de Gestão. Não menciona aspectos da regulação de mercados.	Moderado: determina a execução de ações em caráter complementar e suplementar. Mantém a gerência de unidades públicas de hemonúcleos e de laboratórios de referência, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.
Pacto pela Saúde 2006	Forte: enfatiza o processo de descentralização compartilhada. Embora o peso do estado seja menor que na norma anterior e a ênfase seja dada à pactuação entre os gestores, envolve, detalhadamente, as ações de planejamento já mencionadas para a Noas.	Moderado: prevê que o estado participe do financiamento do SUS. Nos eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos, prevê o estímulo à regionalização com base nas estratégias estaduais e nacionais, considerando o PDI, buscando economia de escala e de escopo com equidade no acesso.	Forte: traz com alto grau de precisão as atribuições do gestor estadual na regulação do sistema, dos prestadores e sanitária. Não aborda diretamente a regulação de mercados em saúde.	Moderado: estabelece que o estado execute ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade, em caráter permanente, segundo acordado na CIB. Mantém a gerência e gestão de unidades públicas de hemocentros.

A Norma Operacional Básica de 1991 (NOB SUS 01/91) foi a primeira do SUS, expressando as tensões relacionadas à tentativa de dar operacionalidade às diretrizes estabelecidas pelas leis da saúde recentemente promulgadas, em um contexto político adverso. Ademais, refletia o *modus operandi* do Inamps na condução das políticas[30] e apresentava caráter tecnicista, enfocando aspectos relativos ao repasse de recursos federais da assistência. Em geral, a norma não propôs atribuições específicas para a esfera estadual, referindo-se a estados e municípios da mesma forma. Ao contrário, chega a propor a associação dos municípios por meio de consórcios, sem sequer mencionar um eventual papel dos estados. Pode-se dizer que o papel reservado aos gestores estaduais é limitado no que diz respeito às suas funções na saúde. Cabe a ressalva sobre a proposta de alguns dispositivos relativos ao financiamento – tema central da norma –, como a determinação de que os estados constituíssem fundos estaduais para o recebimento de recursos.[31]

A NOB SUS 01/92 trouxe de forma mais objetiva algumas atribuições próprias do nível estadual e outras em caráter de exceção. Comparada à norma anterior, mostrava uma tentativa de maior delineamento do papel dos estados.[32] Cabe ponderar, no entanto, que a descentralização de cunho municipalista era enfatizada com consequências para a visão do papel da instância estadual, que permaneceu inespecífico e restrito em relação às várias funções.

A NOB SUS 01/93 teve como objeto o processo de municipalização. A regionalização era entendida como resultante de articulação e mobilização municipal, que devia considerar, acima de tudo, a vontade política dos municípios em se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Esta visão marcou a concepção predominante sobre o papel do estado, que seria, de certa forma, subsidiário, pautado pelo apoio à descentralização e aos municípios. A ênfase no caráter ascendente do planejamento é outra expressão dessa concepção. Assinale-se o reconhecimento do papel estadual na formulação e coordenação das políticas relacionadas ao tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais, próteses e órteses ambulatoriais, e a previsão de transferências federais de custeio para os estados.[33] Cabe destacar também a instituição da CIB[34] como instância de negociação intergovernamental, o que deveria favorecer o

---

[30] Tal norma, elaborada com pouca participação de estados e municípios em um momento delicado para a configuração inicial do sistema, foi oficializada mediante uma resolução do Inamps, que havia sido incorporado à estrutura da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, mas mantinha uma institucionalidade importante.

[31] Tais dispositivos não foram implantados na ocasião, como vários outros presentes nas normas. No entanto, o texto se propõe nesse momento a caracterizar o conteúdo da normativa federal relativa ao papel dos estados. A questão da implementação será retomada adiante.

[32] A NOB SUS 01/92 foi publicada como portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Nas suas considerações iniciais, menciona-se a relação do Ministério da Saúde com o Conass e o Conasems no estabelecimento de consensos sobre a política, incluindo o próprio conteúdo da norma. Isso pode ter influenciado as mudanças, ainda que tímidas, observadas em relação à NOB SUS 01/01.

[33] No entanto, essas transferências não foram implantadas como previstas.

[34] No processo de descentralização, as CIBs têm sido responsabilizadas pela adaptação das diretrizes nacionais às realidades regionais, propiciando a criação de acordos diversos entre os estados e municípios.

compartilhamento de decisões quanto aos aspectos operacionais do SUS. Ainda assim, pode-se afirmar que a NOB SUS 01/93 não apontava soluções relativas à configuração de novas funções para as instâncias estaduais no SUS, nem definia instrumentos suficientes para esse processo.

A NOB SUS 01/96 foi elaborada por um grupo de atores críticos às limitações do processo de descentralização da primeira metade dos anos 90. Em relação às demais, procura ampliar o escopo da regulamentação incorporando não só orientações e instrumentos para a descentralização da assistência à saúde, como também para os campos de epidemiologia e controle de doença e vigilância sanitária.[35] A norma visava a redefinir os papéis de cada esfera de governo, de modo que municípios e estados superassem o papel exclusivo de prestadores e assumissem efetivamente suas funções de gestores. No que diz respeito à esfera estadual, avançou ao buscar explicitar as atribuições dos estados no SUS e reconhecer os riscos de atomização do sistema na ausência da coordenação estadual. Ainda que tenha mantido a ênfase na descentralização para os municípios como forma de organização do sistema, destacava a importância do estado para harmonizar, integrar e modernizar os sistemas municipais. A PPI era o instrumento previsto para garantir a mediação do estado nas relações intermunicipais. Enfim, pode-se afirmar que a concepção dominante sobre o papel do estado na gestão do SUS sofre sua primeira inflexão com a promulgação desta NOB, o que se expressa principalmente nas proposições relativas às funções de formulação de políticas, planejamento e regulação.

A busca em resgatar o papel dos estados ficou ainda mais evidente com a elaboração da Noas, em suas versões 01/01 e 01/02, embora suas propostas fossem mais restritas ao campo da assistência à saúde. A Noas, ao trazer a regionalização para o centro do debate setorial, foi bastante detalhada na determinação das atribuições específicas do gestor estadual na condução desse processo, valorizando principalmente as funções estaduais de formulação de políticas, planejamento e regulação. De forma coerente com as diretrizes normativas, foram propostos instrumentos concretos para que o estado assumisse esse papel coordenador, tal como o PDR, o PDI e a própria PPI.

O Pacto pela Saúde (Brasil/MS, 2006) é bem detalhado nas atribuições do gestor estadual, embora o peso relativo dado ao seu papel seja menor do que o explicitado na Noas.[36] Há dois aspectos destacados no Pacto relevantes para a análise de sua concepção e implicações sobre o papel estadual. O primeiro é a valorização do relacionamento entre os gestores das diferentes esferas de governo para a construção do SUS, no que tange à

---

[35] Machado (2007) destaca outras portarias e outros instrumentos que regulam o processo de descentralização da atenção à saúde incorporando os campos de vigilância epidemiológica e sanitária. Cabe enfatizar que, sob orientação de diretrizes distintas, os diversos campos da atenção à saúde seguiram caminhos próprios de descentralização com atribuições variadas da instância estadual.

[36] O Pacto, assim como a Noas, parte do reconhecimento da complexidade da construção do SUS diante da peculiaridade do arranjo federativo brasileiro pós-1988 e das imensas desigualdades regionais. A construção da proposta do Pacto a partir de 2003, no entanto, partiu de uma crítica contundente à excessiva rigidez normativa da Noas e buscou configurá-lo como uma estratégia mais flexível e adequada ao contexto federativo.

regionalização e ao estabelecimento do sistema de referência intermunicipal e interestadual, considerando, inclusive, as regiões de divisas. Propõe-se que a regionalização oriente a descentralização das ações e dos serviços e potencialize os processos de planejamento e pactuação entre os gestores, de modo que o direito da população à saúde seja garantido. A regionalização do SUS é entendida como a construção de desenhos que respeitem as realidades locais, sendo propostos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como novos espaços de coordenação intergovernamental. O segundo é a ênfase no estabelecimento de compromissos formais entre gestores, traduzidos em planilhas com um conjunto de indicadores e metas a serem alcançadas.

O Pacto explicita, de forma bastante completa, uma série de atribuições da instância estadual, específicas ou não, relacionadas aos vários campos e funções na saúde.[37] Em contrapartida, apresenta duas limitações relevantes no que concerne ao papel dos estados. Uma é o fato de não ser embasado por um diagnóstico das condições de a esfera gestora realizar ou não as funções propostas e em quanto tempo. A segunda é a contradição existente entre, de um lado, a ênfase discursiva na regionalização e, de outro, a possibilidade de que os municípios possam celebrar seus compromissos de forma isolada, independentemente do planejamento e dos acordos constituídos em âmbito regional.

Ao estabelecer um balanço sobre o papel do estado no marco legal e normativo do SUS, percebe-se uma revalorização da instância estadual na saúde durante a década de 2000. Da mesma forma, identificam-se avanços quanto à concepção e relevância da regionalização na política de saúde. Isto porque, em que pesem os resultados positivos do processo de municipalização – a ampliação do acesso à saúde, a incorporação de práticas inovadoras no campo da gestão e da assistência à saúde e a incorporação de 'novos' atores que dão sustentabilidade política e financeira ao setor – permanecem, na atualidade, problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização de serviços devido à existência de milhares de 'sistemas locais isolados'.

A permanência desses problemas se deve, entre outros fatores, ao fato de extrapolarem a governabilidade das instâncias municipais e requererem a participação dos gestores estaduais na condução de estratégias que contemplem o planejamento e a consolidação de sistemas regionais de saúde. Sistemas regionais que, na sua maioria, não se coadunam com as fronteiras político-administrativas dos municípios, mas que favoreceriam a coordenação das ações e dos serviços de saúde no território.

Considerações Finais: desafios para a atuação das instâncias estaduais no processo de regionalização do SUS

A atuação dos estados na saúde pode ser mais bem compreendida se consideradas as condições institucionais moldadas pelas características de intervenção do Estado bra-

[37] As responsabilidades dos estados estão organizadas no instrumento designado Termo de Compromisso da Gestão Estadual em sete eixos: gestão do SUS; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação e saúde; e participação e controle social.

sileiro, pelo pacto federativo e pelas peculiaridades da trajetória da política de saúde, que interferem no processo decisório dessas instâncias de governo.

Além dos dilemas institucionais mencionados neste capítulo, destacam-se desafios relativos ao próprio fortalecimento, à implantação da regionalização na política de saúde e à capacidade de os estados conduzirem esses processos em seu âmbito de competência. Cabe enfatizar que a regionalização, traduzida pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação, apresenta inúmeros conflitos com a diretriz da descentralização, tal qual realizada até aqui. A regionalização tem natureza complementar e se forma a partir de elementos de diversidade; a descentralização tem natureza finalística, não complementar, formando-se pela redistribuição de responsabilidades e recursos para um ente específico. Considera-se que a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde acentuou-se no Brasil por pelos menos duas razões: a primeira é que, diferentemente de outros países, o planejamento regional não antecedeu os processos de descentralização. Pelo contrário, houve uma dissociação (ou um descolamento) entre a estratégia de descentralização e o projeto de regionalização logo no início de implantação do SUS; a segunda razão é que as propostas de regionalização têm início tardio, conformando-se após sucessivos ciclos de descentralização que tiveram como foco os milhares de municípios existentes.

Por essas razões, a regionalização, ao evocar maior responsabilidade das instâncias estaduais, pode gerar a necessidade de revisão de acordos desprovidos de racionalidade sistêmica estabelecidos durante a descentralização, indo de encontro a interesses já acomodados durante esse processo.

Dadas as características da federação brasileira – em que uma região de saúde pode abranger vários municípios e mais de um estado, englobar um município e sua periferia ou ser parte de um município –, a repartição de um território político-administrativo ou sua agregação em uma mesma região de saúde vai depender justamente das particularidades de cada município e/ou estado. Também não se pode desconsiderar que as fronteiras e os limites político-territoriais não funcionam como barreiras geográficas de proteção à saúde das pessoas, nem interrompem os fluxos de pacientes que porventura estejam à procura de serviços que atendam às suas necessidades e expectativas.

Dessa forma, é muito difícil separar de forma tão nítida os espaços territoriais de influência da atuação de cada esfera de governo. O processo de regionalização precisa admitir diferentes delimitações territoriais e a criação de mecanismos de gestão compartilhada da rede de serviços de saúde, com participação ativa da instância estadual na condução e mediação política dos processos de negociação intergovernamental que se façam necessários nas diversas regiões de saúde.

O SUS engloba um conjunto bastante amplo e diversificado de ações e prestadores de serviços, que conformam diferentes campos de atuação para as instâncias estaduais na saúde (assistência à saúde, vigilâncias, desenvolvimento e provisão de insumos para a saúde, formação de profissionais e gestão do trabalho em saúde). A diversidade de ações e serviços

do SUS imprime diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde no território que devem ser levadas em consideração pelos gestores estaduais no planejamento regional e na construção das regiões de saúde.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito às imensas desigualdades socioeconômicas e territoriais que marcam a realidade brasileira e repercutem nas condições de saúde da população e no modo de vida das pessoas. A oferta de serviços no SUS também é bastante desigual, e as modalidades de atendimento que compõem o sistema não se distribuem uniformemente no espaço. Além disso, várias barreiras de acesso se impõem aos serviços em virtude das especificidades geográficas e da rede viária no Brasil.

As múltiplas realidades territoriais vão exigir o fortalecimento da lógica do planejamento regional bem como um esforço financeiro adicional dos estados, de modo a permitir uma diversificação de políticas e investimentos que relacionem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas. Em contrapartida, as políticas setoriais só poderão ter viabilidade se articuladas a políticas de desenvolvimento regional de médio e longo prazo, tendo em vista a redução da iniquidade em diferentes planos.

Um último elemento a ser considerado diz respeito aos vários tipos de relações entre o segmento público e privado que configuram o sistema de saúde brasileiro. O SUS não é composto somente por serviços públicos, mas integra vários serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados a partir dos recursos públicos destinados à saúde. Existem vários modelos de organização administrativa (consórcios, cooperativas, fundações, organizações sociais) e fortes interesses privados e corporativos que tornam complexos os mercados de prestação de serviços de saúde. Há também importante presença do segmento de planos e seguros de saúde e de 'serviços autônomos' em várias regiões do país.

Os tipos de relações público-privadas interferem na conformação da rede regionalizada de atenção à saúde. Por isso, a regulação dessas relações, orientada pela lógica pública e pelas necessidades de saúde da população, é um elemento fundamental a ser aprofundado pelas instâncias estaduais na condução da regionalização.

Tais características se apresentam de modo diferente em cada estado, mas alguns requisitos se colocam para o aprimoramento da gestão estadual do SUS em prol da regionalização: minorar a fragmentação e dar maior sustentabilidade ao sistema; recuperar a prática do planejamento estratégico e de longo prazo, que considere a base territorial e a realidade locorregional; superar a fragmentação interna, bem como carências institucionais das secretarias estaduais de saúde; promover uma efetiva articulação intergestores; assumir politicamente a condução do processo de regionalização; e cumprir funções específicas para seu avanço.

Cabe ponderar que o resgate do papel dos estados na gestão do SUS por meio da regionalização não representa, isoladamente, a solução para todos os desafios que se colocam para a atuação da esfera estadual na saúde. É preciso considerar o contexto político e econômico mais recente de mudanças relacionadas à inserção dos estados na federação brasileira, subjacente aos processos setoriais, o que constitui uma ampla agenda de pesquisa a ser desenvolvida.

Referências

ABRUCIO, F. L. *Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998.

ABRUCIO, F. L. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. *In*: HOFMEISTER, W. & CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, 2001. v. I. (Série Debates, n. 22)

ABRUCIO, F. L. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. *In*: BENEVIDES, M. V.; KERCHE, F. & VANNUCHI, P. (Orgs.). *Reforma Política e Cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia Política*, 24: 41-67, 2005.

ABRUCIO, F. L. & SAMUELS, D. A nova política dos governadores. *Lua Nova*, 40(41): 137-166, 1997.

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4): 905-925, 2002.

ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, 51: 13-34, 2001.

ALMEIDA, M. H. T. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, 24: 29-40, 2005.

ALMEIDA, M. H. T. O Estado no Brasil contemporâneo. Um passeio pela história. *In*: MELO, C. R. & SÁEZ, M. A. (Orgs.). *A Democracia Brasileira: balanço e perspectivas para o século XXI*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro, São Paulo: Revan, Fapesp, 2000.

BANTING, K. & CORBETT, S. Federalismo y políticas de atención a la salud. *In*: AUCLAIR, C.; CARRASCO, C. & GADSDEN, H. (Eds.). *Federalismo y Políticas de Salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada*. Ottawa, Ciudad de México: Foro de Federaciones, Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, 2002.

BAPTISTA, T. W. F. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 49(3): 99-118, 1998.

BERCOVICI, G. Constituição e política: uma relação difícil. *Lua Nova*, 61: 5-14, 2004.

BOSCHI, R. Capacidades estatais e políticas de desenvolvimento no Brasil. Tendências recentes. *In*: MELO, C. R. & SÁEZ, M. A. (Orgs.). *A Democracia Brasileira: balanço e perspectivas para o século XXI*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

BOSCHI, R. & LIMA, M. R. S. O Executivo e a construção do Estado no Brasil: do desmonte da era Vargas ao novo intervencionismo regulatório. *In*: VIANNA, L. W. (Org.). *A Democracia e os Três Poderes no Brasil*. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Editora UFMG, Iuperj, Faperj, 2003.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: mar. 2008.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990a, p. 18.055. Disponível em: <www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: mar 2008.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 dez. 1990b, p. 25.694. Disponível em: <www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: mar 2008.

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Lei Complementar n. 101 de 4 maio 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 05 maio 2000a, p. 1. Disponível em: <www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: mar 2008.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13 set. 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 set. 2000b. Disponível em: <www.presidencia.gov.br/ccivil/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: mar 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução n. 258, de 07 jan. 1991. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jan. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde/NOB-SUS 92*. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 95, de 26 jan. 2001. Aprova a norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/01. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no último acesso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. 373, de 27 fev. 2002 e regulamentação complementar).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos)

BREMAEKER, F. E. J. *Evolução do Quadro Municipal Brasileiro no Período entre 1980 e 2001*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 2001. (Série Estudos Especiais, n. 20).

BURGESS, M. Federalism and federation: a reappraisal. *In*: BURGESS, M. & GAGNON, A. G. (Orgs.). *Comparative Federalism and Federation: competing traditions and future directions.* Toronto: University of Toronto, 1993.

CARVALHO, J. M. Federalismo y centralización em el império Brasileño: historia y argumento. *In*: CARMAGNANI, M. *et al.* (Coord.) *Federalismos Latinoamericanos: México, Brasil, Argentina*. México: El Colégio de México, Fondo de Cultura Econômica, 1996.

COSTA, V. Federalismo. *In*: AVELAR, L. & CINTRA, A. O. (Orgs.). *Sistema Político Brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro, São Paulo: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung, Editora da Unesp, 2004.

DAIN, S. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. *In*: VALLADARES, L. & COELHO, M. P. (Orgs.). *Governabilidade e Pobreza no Brasil.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

DALLARI, S. G. *Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DANIEL, C. & SOMEKH, N. Gestão compartilhada, limites e possibilidades: a experiência do Grande ABC. *In*: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA. (Org.). *Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal.* São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, Cepam, Unidades de Políticas Públicas, 2001.

DOLHNIKOFF, M. *O Pacto Imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.

DRAIBE, S. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a respeito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *São Paulo em Perspectiva- Fundação Seade*, 11(4): 3-15, 1997.

ELAZAR, D. J. *Exploring Federalism.* Tuscaloosa: University of Alabama, 1987.

EVANS, P. O Estado como problema e solução. *Lua Nova*, 28/29: 107-156, 1993.

FERRERA, M. *Le Trappole del Welfare*. Bologna: Il Mulino, 1998.

FIGUERAS, J. *et al*. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta Sanitaria*, 16(1): 5-17, 2002

FIORI, J. L. (Org.). *Estados e Moedas no Desenvolvimento das Nações*. Petrópolis: Vozes, 1999.

FONSECA, C. M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FRANCE, G. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. *In*: NEGRI, B. & VIANA, A. L. D. (Orgs.). *O SUS em Dez Anos de Desafios*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

GADELHA, C. A. G. *et al*. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. *In*: VIANA A. L. D.; ELIAS P. E. M. & IBAÑEZ N. (Orgs.). *Saúde, Desenvolvimento e Território.* São Paulo: Hucitec, 2009.

GOMES, G. M. & MAC DOWELL, M. C. *Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social*. Brasília: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 706).

GOULART, F. A. A. *Municipalização Veredas: caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

KUGELMAS, E. & SOLA, L. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social*, 11(2): 63-83, 1999.

LENHARDT, G. & OFFE, C. Teoria do Estado e política social. *In*: OFFE, C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, L. D. *Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

LOPREATO, F. L. C. O endividamento dos governos estaduais nos anos 90. *Economia e Sociedade*, 15: 117-158, 2000.

MACHADO, C. V. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. *In*: NEGRI, B. & VIANA, A. L. D. (Orgs.). *O SUS em Dez Anos de Desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9): 2.113-2.126, 2007.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. & BAPTISTA, T. W. F. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, G. C. & PONTES, A. L. M. (Orgs.). *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MAJONE, G. Do Estado positivo ao estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público*, 1: 5-36, 1999.

MARQUES, E. Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos. *Revista BIB*, 43: 67-102, 1997.

MESQUITA, A. C. S. *Crise do Estado Nacional Desenvolvimentista e Ajuste Liberal: a difícil trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (1988/2007)*, 2008. Dissertação de Mestrado, Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.

MORA, M. *O Processo de Endividamento dos Estados: problemas e limites à descentralização e à autonomia*, 1998. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MORA, M. & VARSANO, R. *Fiscal Decentralization and Subnational Fiscal Autonomy in Brazil: some facts of the nineties*. Brasília: Ipea, 2001. (Texto para Discussão, n. 854).

ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Salud en las Américas -2007*. Washington: Opas, 2007.

PEDREIRA, R. S. *Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil: contexto, panorama e regulamentação recente*, 2007. Monografia de Especialização, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

PIERSON, P. *The New Politics of the Welfare State*. New York: Oxford University Press, 2000.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. *In*: REZENDE, F. & OLIVEIRA, F. A. (Orgs.). *Descentralização e Federalismo Fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária.* Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.

PRADO, S. & CAVALCANTI, C. E. G. *A Guerra Fiscal no Brasil.* São Paulo, Brasília: Fundap, Fapesp, Ipea, 2000.

PRADO, S.; QUADROS, W. & CAVALCANTI, C. E. *Partilha de Recursos na Federação Brasileira.* São Paulo, Brasília: Fapesp, Fundap, Ipea, 2003.

REZENDE, F. Modernização tributária e federalismo fiscal. *In*: REZENDE, F. & OLIVEIRA, F. A. (Orgs.). *Descentralização e Federalismo Fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.

REZENDE, F. & AFONSO, J. R. R. A Federação Brasileira: fatos, desafios e perspectivas, dez. 2001. Disponível em: <www.federativo.bndes.gov.br/bf_bancos/estudos/e0002426.pdf>. Acesso em: mar. 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SALLUM, J. B. Crise, democratização e liberalização no Brasil. *In*: SALLUM JR., B. (Org.). *Brasil e Argentina Hoje: política e economia*. Bauru: Edusc, 2004.

SANTOS, W. G. *O ex-Leviatã Brasileiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SOARES, M. M. Federação, democracia e instituições políticas. *Lua Nova*, 44:137-163, 1998.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 431-442, 2002.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*, 24: 105-121, 2005.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, 42(2): 197-251, 1999.

TAVARES, M. C. & FIORI, J. L. (Orgs.). *Poder e Dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997.

VARSANO, R. *A Evolução do Sistema Tributário Brasileiro ao Longo do Século: anotações e reflexões para futuras reformas*. Brasília: Ipea, 1996. (Texto para Discussão, n. 405)

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. & OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, supl. 2:. S117-S131, 2007.

WILENSKY, H. L. *Rich Democracies: political economy, public policy and performance*. Berkeley: Universety of California Press, 2002.

Regionalização e Coordenação Intergovernamental[1]

2

Patrícia Ribeiro
Elizabeth Barros

Assegurar o direito à saúde aos cidadãos e prover, com qualidade, uma atenção oportuna, continuada e adequada, constituem questões que vêm gerando desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação. Há razoável consenso de que isso só será possível com a constituição de redes de serviços regionalmente articuladas. Mas regionalizar a oferta de serviços de saúde é tarefa complexa, particularmente no contexto federativo brasileiro, caracterizado por inúmeras atribuições compartilhadas entre os entes governamentais e por grande diversidade de condições sociais, econômicas e culturais entre as unidades federadas.

Nesta federação de desiguais, estabelecer as condições de operação de um sistema de saúde nacional, regido por princípios gerais, mas capaz de respeitar as necessidades particulares de cada lugar, exige elevada capacidade de articulação e desenhos institucionais flexíveis.

A formulação de políticas públicas no Brasil, em todas as áreas, tem sido pouco capaz de valorizar as especificidades das diferentes regiões e localidades. Milton Santos chamou a atenção, seguidas vezes, para o processo de desterritorialização das políticas públicas brasileiras, apontando

> o desinteresse pela noção de território na produção da política. Interpreta-se o país como se ele fosse uma planta vivendo sem raízes, o espaço nacional sendo considerado apenas como um receptáculo, uma forma passivamente adaptável aos movimentos da sociedade. (Santos, 2000)

Essa limitação apontada por Santos tem conduzido á formulação de estratégias que propõem soluções padronizadas, como se fosse possível contemplar as necessidades da população ribeirinha da Amazônia e as da residente na área metropolitana de São Paulo ou

---

[1] Este artigo tem como referência trabalho apresentado em 2005, em parceria com Gilson Cantarino, no I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde, promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com o apoio dessa organização e do Ministério da Saúde.

do Rio de Janeiro num desenho único e uniforme de política, ignorando a especificidade das relações sociais produtoras do espaço.

Na área da saúde, essa impropriedade começa a ser enfrentada sob a forma de planos regionais diferenciados e de mecanismos de programação e partilha de recursos específicos para algumas situações regionais.

Além disso, a nova perspectiva de articulação intergovernamental estabelecida no Pacto pela Saúde favorece a visão das regiões em suas particularidades. Mas há muito que avançar para alcançar formas organizacionais e modelos de gestão capazes de promover o acesso e a qualidade da atenção, adequados a distintas realidades. Estes precisam ser construídos não apenas como resultado de racionalidade técnica, mas como parte de processo social de aproximação entre a gestão e os diferentes atores setoriais – gestores, usuários, trabalhadores, administradores e todas as forças sociais, econômicas e políticas interessadas.

A Região como Espaço de Coordenação Intergovernamental e de Cooperação Horizontal em Sistemas Federativos

A regionalização como proposta política está relacionada à tendência à redivisão territorial do poder, engendrada pelos processos simultâneos de globalização da economia mundial, desconcentração espacial da atividade produtiva e descentralização político-administrativa que atravessaram os Estados Nacionais na década de 1990. Aparece como resposta à concentração do poder de decisão em escala nacional e global; aos desafios colocados por estes processos à reorganização federativa do poder dos Estados; à má distribuição dos frutos do desenvolvimento tecnológico; às graves desigualdades que se estabeleceram na dinâmica econômica inter e intrarregional (Fiori, 1995; Affonso, 1995).

Em contexto de mundialização de redes e das relações econômicas e sociais e de riscos relativos ao descontrole da moeda, à segurança pública, ao mercado financeiro e aos crescentes déficits comerciais e fiscais, a regionalização surge como tendência acentuada no cenário internacional. No plano nacional, a simultânea transferência de funções para níveis subnacionais, ampliando riscos de decomposição e fragmentação dos governos centrais (Camargo, 2001), coloca em pauta a regionalização como estratégia articuladora, como possibilidade de conciliar unidade e diversidade, cooperação e competição, integração e descentralização/autonomia.

Nos sistemas federativos, a questão da regionalização está associada ao debate sobre limites e possibilidades do princípio de subsidiariedade;[2] funções de cooperação vertical e horizontal e interdependência dos entes; realidades de grande diversidade e heterogeneidade econômica, política e territorial. Na República Federal da Alemanha, optou-se por

[2] O princípio da subsidiariedade, segundo Camargo (2001: 85-86), promove políticas diretamente conduzidas pela autoridade ou instituição mais próxima do cidadão: “Esse princípio estabelece, no plano das iniciativas, a prioridade da sociedade sobre o Estado, e dentro do setor público, a primazia do município sobre o estado e deste sobre o governo federal. Apenas em caso de omissão ou carência, a instância superior assume iniciativas que podem ser conduzidas pela instância inferior”.

uma perspectiva microrregional e pela adoção de mecanismos de cooperação financeira horizontal entre estados no planejamento governamental.

Essa conjuntura complexa se reflete nos processos nacionais de descentralização política do setor saúde e revaloriza as relações intergovernamentais no estabelecimento de novas formas de coordenação sanitária face ao fortalecimento da gestão local. Na Espanha, onde, no processo de descentralização do sistema nacional de saúde, o governo central de fato transferiu responsabilidades fiscais, políticas e administrativas aos governos regionais e locais para a realização de uma gestão efetiva do sistema em novas bases, esse debate está presente. Em artigo recente, López-Casanovas e Rico (2003) destacam como tarefa subsequente a essa primeira etapa a de se estabelecer uma nova coordenação sanitária naquele país, adequada ao novo contexto de descentralização, em que o governo central atue como facilitador das iniciativas das comunidades autônomas, promovendo a cooperação horizontal entre elas e reorientando a competição para a obtenção de melhorias de eficiência.

No Brasil, a enorme heterogeneidade regional, no que se refere à desigual capacidade econômica e às conhecidas assimetrias sociais, foi agravada por sucessivas crises econômicas, que perpetuaram um nível extremamente elevado de disparidades inter-regionais e intrarregionais. As dificuldades que se acumulam no financiamento público de um processo de descentralização política descoordenado, conflitivo e ainda não consolidado, reforçam a coordenação regional e a cooperação intergovernamental como mecanismos de soldagem da nossa federação.

Mas promover um processo de regionalização eficaz transcende a articulação intergovernamental. Regiões não são meros recortes arbitrários do território, e o próprio processo de globalização produziu uma releitura do espaço local. Santos (2006: 184), ao analisar as mudanças representadas pela globalização, destaca a proeminência das redes mundiais e suas repercussões espaciais, mas ressalta também que "é a sociedade nacional, através dos mecanismos de poder, que distribui, no país, os conteúdos técnicos e funcionais, deixando os lugares envelhecer ou tornando possível sua modernização". Ressalva, contudo, que "as decisões nacionais interferem sobre os níveis inferiores da sociedade territorial por intermédio da configuração geográfica, vista como um conjunto. Mas somente em cada lugar ganham real significação" (Santos, 2006: 184). Segundo o autor, é no lugar que "fragmentos da rede [mundial] ganham uma dimensão única e socialmente concreta, graças a ocorrência, na contiguidade, de fenômenos sociais agregados, baseados num acontecer solidário, que é fruto da diversidade, e num acontecer repetitivo, que não exclui a surpresa" (Santos, 2006: 182).

Admitida essa complexidade, regionalizar pressupõe o respeito aos processos e às interações sociais locais, e a colocação das necessidades da população no centro da discussão, sendo os lugares articulados por meio da ação regulatória da União e dos estados. Isso significa aceitar que, num processo de regionalização do sistema de saúde, que é universal e nacional, os recortes territoriais ganhem nova dimensão e as fronteiras tornem-se difusas, o que potencializa possibilidades de conflitos. A negociação torna-se,

assim, imprescindível na concretização dos pactos políticos necessários à identificação de alternativas para os dilemas do sistema de saúde e compatíveis com o cenário de fortalecimento do federalismo brasileiro.

Federalismo, Relações Intergovernamentais e Sistema de Saúde

Localizar o processo de descentralização/regionalização do cuidado à saúde no espaço das relações políticas federativas constitutivas do Estado brasileiro, por sua forte determinação na efetividade dos resultados das políticas públicas neste campo de ação governamental, é condição para encontrar saídas para os dilemas setoriais.

A aproximação aos temas do federalismo e, em particular, das relações intergovernamentais não é fácil. A literatura nacional, pródiga em estudos que abordam o federalismo fiscal a partir de análises econômicas, conta, porém, com uma produção científica relativamente restrita de trabalhos que privilegiam a questão federativa nacional em seus aspectos político-institucionais, particularmente no que tange a estudos que analisem com profundidade o *modus operandi* governamental na gestão pública das áreas sociais, com enfoque nas relações entre União, estados e municípios.[3]

Há que se considerar, contudo, que a questão da divisão territorial do poder, como objeto de estudo sistemático da ciência política, só muito recentemente foi revalorizada, como consequência dos complexos problemas empíricos colocados pelas novas dinâmicas territoriais, como a descentralização do poder no plano nacional, de alcance quase global, o estabelecimento de laços regionais ou confederativos entre as nações (União Europeia) e a tentativa de manutenção da integridade espacial de países grandes e/ou com enorme heterogeneidade socioeconômica, cultural e política (Abrucio, 2001).

Assim, tanto o estudioso que busca compreender melhor as especificidades das experiências nacionais de descentralização quanto o gestor governamental que atua como protagonista nas relações intergovernamentais para a definição de estratégias de regionalização se veem diante da tarefa de desembaraçar ao menos parte da intricada trama de interações econômicas, sociais e culturais que atravessa a dimensão político-institucional nos espaços de gestão pública.

Não é nossa pretensão aqui assumir compromisso de tal envergadura. No entanto, a partir da revisão bibliográfica realizada e da experiência acumulada na análise da gestão do SUS, encontramos a possibilidade de sistematizar algumas questões que, a nosso ver, poderão contribuir para o debate sobre o estabelecimento de uma melhor coordenação intergovernamental do processo de regionalização do cuidado à saúde e de políticas institucionais orientadas a uma maior equidade social e integração política.[4]

---

[3] Dentre os autores com publicações que constituem referência obrigatória sobre o tema, podemos citar Celina Souza, Celso Daniel, Eduardo Kugelmas, Fernando Luiz Abrucio, Fernando Rezende, José Luis Fiori, José Roberto Afonso, Marta Arretche, Maria Hermínia Tavares de Almeida, Pedro Luiz Barros Silva, Rui de Britto Affonso, Sulamis Dain e Thereza Lobo.

[4] Importante destacar na bibliografia consultada, pela influência que tiveram na construção deste breve ensaio, os estudos de Moraes (2001); Schultze (2001); e Spahn (2001), que analisam as relações intergovernamentais na República Federal da Alemanha, e o estudo de López-Casanovas e Rico (2003), que analisa a experiência espanhola de descentralização sanitária.

A primeira dessas questões refere-se à necessidade de se 'ancorar o processo de regionalização da atenção à saúde no contexto das relações federativas do Estado brasileiro'. Para que se criem reais condições e oportunidades de implementação de um novo modo de gestão regional, é imprescindível incorporar à formulação de políticas de regionalização sanitária o exame criterioso das implicações que as mudanças introduzidas pela reorganização do cuidado à saúde nos diversos recortes regionais trazem para as relações financeiras e para o arranjo político-institucional da gestão intra e intergovernamental setorial.

No que diz respeito às 'relações financeiras', tal perspectiva impõe avaliar:

- a estrutura de financiamento da ação setorial no arranjo federativo nacional;[5]
- a necessidade de rever a divisão de funções e gastos entre os diferentes níveis de governo e unidades federadas;
- a capacidade de cada ente envolvido participar com recursos próprios no financiamento das mudanças;
- a pertinência e viabilidade de se instituir mecanismos de equalização financeira intra e/ou inter-regional;
- as necessidades e possibilidades de endividamento público;
- a possibilidade/adequação de constituir e conferir maior autonomia a instancias regionais para gestão e execução financeira.

Poder-se-ia, dessa forma, alcançar maior clareza quanto à configuração mais eficiente e eficaz da divisão de autoridades, responsabilidades e competências.

No que se refere à 'estrutura político-institucional', supõe analisar:

- a extensão/adequação do marco legal que regula a ação regionalizada da federação brasileira quanto ao planejamento regional, aos investimentos em infraestrutura e ao acompanhamento e avaliação;[6]
- as formas cooperativas de interação governamental (verticais e horizontais) em operação (ou passíveis de incorporação);[7]

---

[5] Esta tarefa remete necessariamente ao acompanhamento sistemático do processo em curso de regulamentação complementar e operacionalização da Emenda Constitucional n. 29 (EC29), promulgada em de 13 de setembro de 2000, que, entre outras matérias, aborda critérios básicos para a conceituação de "ações e serviços públicos de saúde"; despesas que integram e não integram este conjunto; base vinculável do montante de recursos financeiros a serem aplicados por cada esfera de governo; formas de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento das disposições constitucionais (Brasil, 2002).

[6] A Constituição Brasileira e a legislação complementar contêm dispositivos para a regulação de iniciativas de cooperação entre a União, os estados e os municípios, orientadas ao equilíbrio do desenvolvimento e ao bem-estar, no âmbito nacional, e à redução de desigualdades regionais. Estabelece também a prerrogativa dos estados instituírem regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, mediante lei complementar, para a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum. Além disso, há que verificar interfaces entre os dispositivos da Lei da Reforma Urbana e os processos setoriais.

[7] Este esforço deve contemplar a análise das experiências de 'consorciamento' intermunicipal, que, na saúde, tiveram uma grande disseminação nos anos 90 e ainda hoje são objeto de polêmica no debate setorial e na literatura sobre federalismo e a análise da interação intergovernamental nas regiões metropolitanas, muito polarizadas politicamente, que até recentemente eram de responsabilidade dos governos estaduais, e que, segundo vários autores (Camargo, 2001; Daniel, 2001; Abrucio; 2001), foram abandonadas por estas esferas.

- as arenas administrativas e de planejamento intergovernamental e/ou regional já estabelecidas (ou cuja necessidade está identificada);
- a possibilidade de mecanismos regionais de participação social para ampliar a governança, conferindo maior legitimidade às políticas regionais.

Tais análises possibilitariam uma interação produtiva e renovadora com a estrutura institucional existente para a formulação de proposições que busquem conferir uma maior racionalidade à implementação das políticas setoriais e que promovam uma integração possível com outras políticas regionais. Além disso, contextualizariam o desenho de propostas destinadas a potencializar articulações intersetoriais, intra e intergovernamentais, necessárias à condução de políticas voltadas para o alcance de maior equilíbrio intra e inter-regional.[8]

Esta ancoragem da regionalização setorial na organização federativa do Estado brasileiro poderia contribuir não apenas para a melhor coordenação intra e intergovernamental dos processos políticos e dos esforços institucionais necessários, mas principalmente para a consolidação de relações de cooperação entre União, estados e municípios, nos territórios regionais, fundadas em múltiplas e complementares parcerias.

Uma segunda questão que merece atenção quanto ao objetivo de assegurar efetividade às iniciativas intergovernamentais de gestão do espaço regional é a 'qualidade democrática do arranjo político-institucional' a estabelecer, relacionada à base de legitimidade da ação governamental e à definição de formas e mecanismos de mobilização e participação social para a gestão e o controle público dos atos governantes. Esta questão, bastante complexa pelo conteúdo político e ideológico que concentra, requer um tratamento muito cuidadoso quando referida a experiências concretas de coordenação intergovernamental de políticas públicas.[9] No entanto, com a devida cautela, e dado o fato de que a ampla e diversa participação social alcançada na dinâmica político-institucional do SUS já vem pautando este tema, vale registrar algumas reflexões.

A amplitude da base de legitimidade da ação governamental e a sustentabilidade da política pública dependem da maior ou menor interlocução que os projetos governamentais estabeleçam com atores sociais e políticos locais, sujeitos relevantes da produção e sustentação dos eventos (ideias ou fatos) relacionados às mudanças. Aqui, vale lembrar uma vez mais Milton Santos (2006) quando se refere à importância do lugar como espaço de existência e coexistência, expressão do mundo vivido onde relações de ordem objetiva se articulam com relações subjetivas, relações verticais derivadas do poder hegemônico se imbricam com relações horizontais de coexistência e resistência e se define a escala das forças operantes, determinada pela força do emissor dos eventos.

---

8 Uma interessante experiência de construção de um modelo de gestão regional (Grande ABC paulista), que oferece referências significativas para o estudo das relações federativas no Brasil neste âmbito, especialmente no que se refere à gestão de grandes conglomerados urbanos, é apresentada no artigo "Autonomia municipal e as relações com os estados e municípios" de Celso Daniel (Daniel, 2001).

9 Uma boa síntese do debate acadêmico relativo ao tema pode ser encontrada em Carneiro (2004). Disponível em: <www.eg.fjp.mg.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=576&Itemid=181>.

Sendo assim, é importante contemplar, nos processos de formulação e implementação de políticas de regionalização do cuidado à saúde, para além da participação dos atores governamentais dos três níveis político-administrativos da federação e dos atores sociais representados nos conselhos de saúde, formas e mecanismos de inclusão/incorporação de outros atores ao processo decisório setorial. Isto implica a identificação de processos intervenientes e de segmentos relevantes da sociedade civil que não participam dos fóruns institucionalizados de participação social do SUS, de grupos cuja inserção na gestão do sistema de saúde e na execução dos serviços é crucial para as mudanças necessárias no plano gerencial e assistencial, e, especialmente, de atores que possam vocalizar as demandas dos usuários do sistema que sofrem com a peregrinação territorial em busca da resolução de seus problemas.

Quanto à participação social na gestão e no controle público da ação governamental, esta se situa no campo de proposições – e de práticas sociais – do que vem sendo chamado de 'responsabilização societária' ou 'responsabilização social', tanto na literatura que analisa o federalismo como na literatura que analisa o tema da governança. No centro dessas análises, estão os conceitos de *enforcement* e *accountability*, amplamente disseminados no debate público sobre a gestão governamental, e que se referem à obrigação dos governantes de cumprir a lei e de informar, explicar e prestar contas de suas decisões políticas, administrativas, profissionais, financeiras, morais, legais, constitucionais, visando ao exercício transparente do poder e à sua sujeição a sanções (Carneiro, 2004). Também se incluem aqui as iniciativas destinadas a compartilhar poder de decisão, como as representadas por conselhos gestores. A qualidade democrática da atuação governamental resultaria da combinação de diversos mecanismos e estratégias institucionais e societais de responsabilização que articulassem ações do Executivo, Legislativo, Judiciário e do cidadão, visando a assegurar o acesso e garantir o direito à saúde.

Sob a perspectiva de que no cerne destas preocupações estejam a questão da republicanização do espaço da política e a efetivação das diretrizes democráticas de soberania popular, seria interessante que, já no momento de formulação das políticas de regionalização sanitária, se buscasse, a partir de colaboração entre os três Poderes e o Ministério Público, identificar estratégias para a responsabilização dos governos e dos diferentes atores sociais no cumprimento da agenda política da regionalização e – por que não? – na implementação de políticas incentivadoras de parceria e cooperação.

A maior aproximação entre poder público e sociedade, a nosso ver, além de promover maior interação das instituições informais da sociedade com as regras formais para a organização de seus interesses no processo decisório governamental, ampliando tanto a legitimidade das proposições e inovações quanto a cooperação interinstitucional neste ambiente político, provavelmente traria para o cenário setorial alternativas de solução ainda não tentadas e uma maior chance de eficácia social para suas políticas.

A terceira e última questão que sinalizamos para o debate setorial diz respeito à importância da 'transparência, da articulação interinstitucional e da cooperação administrativa no planejamento dos recursos financeiros para o financiamento e a gestão do processo de regionalização', aspectos apresentados como condições essenciais para a eficácia das

políticas institucionais na literatura que analisa as relações financeiras intergovernamentais em experiências federativas.

Conhecimento sobre a realidade que se pretende modificar; clareza de propósitos na formulação e implementação de políticas de curto, médio e longo prazos; gestão orçamentária coordenada e monitorada; planejamento compartilhado e sensível às necessidades de mudanças institucionais; prescrições administrativas gerais para garantir a interação entre as instâncias de governo; compromisso com a qualidade do gasto; compromisso com a eficiência e a eficácia das intervenções públicas (critérios de eficiência e desempenho); processo de tomada de decisão direcionado à obtenção de consensos; justiça e racionalidade na repartição dos recursos públicos; mecanismos claros de compensação financeira intergovernamental; e criação de formas estáveis de *accountability* financeira, compõem o quadro de desafios para que a coordenação intergovernamental, no espaço em que se implementam as políticas, possa estabelecer a necessária cooperação vertical e horizontal entre os entes governamentais para uma gestão solidária dos recursos públicos na reorganização do cuidado à saúde da população.

Isto supõe a revitalização e o aperfeiçoamento da estrutura político-institucional de gestão do SUS (mecanismos de cooperação intergovernamental existentes; sistemas de interação entre as diversas áreas de atuação setorial; arenas de negociação instituídas; estrutura e lógica de financiamento da gestão descentralizada); a qualificação do processo decisório e da administração financeira; e a criação de espaços de ação intra e intergovernamental no planejamento orçamentário de políticas regionais.

A nosso ver, este é o campo de redirecionamento político mais difícil porque implica reacomodação de interesses e redistribuição do poder político, institucional e financeiro estabelecido; equilíbrio na competição entre as unidades político-administrativas pela ampliação de seus orçamentos respectivos e pela ampliação de sua rede de serviços; mudança na lógica centralizadora e fragmentadora da gestão governamental; integração intergovernamental para uma alocação dos recursos financeiros setoriais orientada à equidade intra e inter-regional; definições claras quanto às responsabilidades regulatórias e executivas de cada nível de governo; maior clareza quanto à divisão das competências administrativas; alta capacidade técnica da burocracia governamental.

Diante da complexidade e simultaneidade de relações intergovernamentais horizontais e verticais que um planejamento eficaz dos recursos financeiros demanda no contexto da regionalização setorial, tudo leva a crer que o êxito da coordenação intergovernamental desse processo depende da capacidade dos atores setoriais incluírem este objetivo como prioridade política na agenda de governo de cada ente federativo.

Considerações Finais

No desenho de políticas públicas, a questão federativa assume particular complexidade na especificidade representada pelo caso brasileiro, em que entre as unidades federadas incluem-se estados e municípios, todos dotados de autonomia de gestão. Nesse contexto,

não é de estranhar que a implementação de um sistema nacional de saúde simultaneamente descentralizado e integrado, encontre tamanhas dificuldades para avançar. Esse fator aliado ao fato de que nossa cultura política é patrimonialista e competitiva representa permanente desafio à criatividade e à capacidade de negociação de todos os gestores comprometidos com o aperfeiçoamento do SUS.

Há crescente consciência de que apenas com a composição de redes regionalizadas se conseguirá assegurar organicidade ao sistema, superando a fragmentação e a ausência de articulação entre unidades federadas, níveis de atenção e unidades de provisão de serviços, de modo a garantir, ao conjunto da população, o acesso às ações e aos serviços necessários ao atendimento integral de suas necessidades.

A inviabilidade técnica e econômica de se assegurar em cada município e mesmo em cada estado – no espaço circunscrito por suas fronteiras jurisdicionais – serviços de todos os níveis de complexidade, compatíveis com o dever do Estado, previsto na Constituição Brasileira de prover assistência integral e universal à população, e a necessidade de que a articulação no interior da rede respeite processos e inter-relações sociais e econômicas historicamente estabelecidas nos diferentes territórios, demandam esforços de negociação e compromissos de caráter duradouro, que transcendam interesses particulares de cada governante e confiram ao sistema nacional de saúde a sustentabilidade necessária para que se cumpra sua missão de garantir, no que lhe cabe, o direito à saúde. Isto significa conferir às relações sociais papel de relevância na dinâmica setorial, equilibrando com isso dinâmicas políticas particulares e interesses sociais.

Esse é o desafio maior, porque incide sobre interesses diferenciados, muitas vezes divergentes. A consolidação de redes regionais pressupõe um novo entendimento de hierarquias e verticalidades, a partir da disseminação do poder de decidir para diferentes instâncias e lugares. Há que haver, em relação a muitas questões, ampliação do poder do nível local ou das unidades provedoras de serviços simultaneamente a um fortalecimento dos papéis dos níveis federal e estadual na regulação e coordenação do sistema regionalizado. E, acima de tudo, é imprescindível a construção de relações de cooperação e a aceitação de que cada parte do sistema é elo necessário ao cumprimento das suas diretrizes, para que se assegure a cada cidadão brasileiro o acesso e a integralidade da atenção, independentemente do lugar em que vive.

Referências

ABRUCIO, F. L. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. *In*: HOFMEISTER, W. & CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. v. 1. (Série Debates, n. 22)

AFFONSO, R. B. A federação no Brasil: impasses e perspectivas. *In*: AFFONSO, R. B. & SILVA, P. L. B. (Orgs.). *A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: Fundap, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. A operacionalização da Emenda Constitucional n. 29 (2001: Brasília). Relatório do Seminário sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional n. 29, Brasília, 19, 20 e 21 set. 2001. *Relatório*. Brasília: Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 2002.

CAMARGO, A. Federalismo e o princípio da subsidiariedade: notas sobre a experiência recente do Brasil e da Alemanha. *In*: HOFMEISTER, W. & CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. v. 1. (Série Debates, n. 22)

CARNEIRO, C. B. L. *Governança e Accountability: algumas notas introdutórias*. Belo Horizonte: Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, 2004. (Texto para Discussão, n. 13)

DANIEL, C. Autonomia municipal e as relações com os estados e a União. *In*: HOFMEISTER, W. & CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. v. 1. (Série Debates, n. 22)

FIORI, J. L. O federalismo diante do desafio da globalização. *In*: AFFONSO, R. B. & SILVA, P. L. B. (Orgs.). *A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo: Fundap, 1995.

LÓPEZ-CASANOVAS, G. & RICO, A. La descentralización, parte del problema sanitario o de su solución? *Gaceta Sanitaria*, 17(4): 319-26, 2003.

MORAES, M. R. *As Relações Intergovernamentais na República Federal da Alemanha: uma análise econômico-institucional*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. (Série Pesquisas, n. 22)

SANTOS, M. Por uma nova federação. *Correio Braziliense*, 16 jul. 2000.

SANTOS, M. *A Natureza do Espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. (Coleção Milton Santos, 1)

SCHULTZE, R. O. Tendências da evolução do federalismo alemão: dez teses. *In*: HOFMEISTER, W. & CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. v. 1. (Série Debates, n. 22)

SPAHN, P. B. Da controvérsia sobre a compensação financeira na Alemanha. *In*: HOFMEISTER, W. & CARNEIRO, J. M. B. (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. v. 1. (Série Debates, n. 22)

Leituras Recomendadas

ALMEIDA, M. E. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Bib – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 51: 13-34, 2001.

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2): 27-41; 2004.

STEINBERGER, M. Território, ambiente e políticas públicas espaciais. *In*: STEINBERGER, M. (Org.). *Território, Ambiente e Políticas Públicas Espaciais*. Brasília: Paralelo 15, LGE, 2006.

Formulação e Implementação de Políticas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro

3

Silvia Gerschman

Este capítulo é resultado de um estudo preliminar sobre as políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o foco principal. Analisar a formulação e implementação da política de saúde nos anos recentes e na gestão atual requer compreender como o SUS foi incorporado à política e à gestão da saúde estadual.

Desde a Constituição de 88 (CF88), que define o SUS como um sistema único de saúde, integrado e descentralizado em estados e municípios, a ser implementado com direção única em todo o país, ambos – estados e municípios – foram convocados a desenvolver e formular políticas locais capazes de instituir a ideia plasmada no processo constituinte e consagrada na Constituição do país.

Para o desenvolvimento do SUS, criaram-se mecanismos de mediação entre as três esferas de governo. Estes foram de distinta ordem: de uma parte, leis complementares, resoluções, portarias e normas operacionais que tiveram o papel de definir de maneira detalhada os princípios constitucionais e procedimentos a serem seguidos, seja no que se refere ao sistema e financiamento como um todo, seja quanto a suas partes – prevenção, atenção, programas e serviços. De outra parte, o SUS gera um processo formal de institucionalização nas esferas de governo que dele participam, através da formação de instâncias que vão estabelecer as mediações entre e dentro da federação, estados e municípios. Refiro-me à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) – com participação de representantes do Ministério da Saúde, da Comissão de Secretários Estaduais (Conass), da Comissão de Secretários Municipais (Conasems) – e à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) no âmbito de cada estado com representação do governo estadual e dos governos municipais. Elas desempenham a função de pactuação das políticas entre esferas de governo na saúde.

Além disso, foram formuladas instâncias institucionais de participação da sociedade na deliberação da política de saúde nas três esferas de governo, os denominados Conselhos de Saúde. A saber: o Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e os Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Não obstante a política estar consideravelmente definida no que se refere ao processo de institucionalização, aos procedimentos de gestão e financiamento e à incorporação de mecanismos legais de indução para a operacionalização, repasse e alocação de recursos financeiros, o processo de interiorização do SUS no estado vem atravessando sérios problemas no período pós-constitucional.

Na primeira parte do capítulo, apresentaremos um perfil populacional, de serviços e do desenvolvimento do setor assistencial público e privado no estado como subsídio para discutirmos a 'crise' que atravessa a implementação da política estadual de saúde desde o final dos anos 80, após a aprovação da CF88 e da subsequente Constituição Estadual de 1989.

Na segunda parte, consideraremos a descentralização das políticas de saúde e as dificuldades que se apresentam à inclusão do estado no processo de integração e pactuação federativa, tal como idealizado constitucionalmente.

Na terceira parte, consideraremos, como chave explicativa para a compreensão do incipiente desenvolvimento do SUS no estado, a especial configuração política gerada pelo processo da fusão entre o estado de Guanabara, criado pela transferência da capital do país para Brasília, com o antigo estado do Rio de Janeiro.

Na quarta parte, discutiremos o surgimento, o papel e a interferência da máquina política estadual para o estabelecimento de um pacto federativo necessário para a descentralização do sistema de saúde estadual.

As considerações finais retomam as dificuldades de interiorização do SUS por conta das políticas partidárias que, historicamente, marcaram a existência do estado do Rio de Janeiro.

Alguns Indicadores Relevantes para a Compreensão da Política Estadual

Os dados a seguir relativos à população e à evolução do número de estabelecimentos iniciam em 1980, após a fusão do estado de Guanabara com o estado do Rio de Janeiro, por considerar que este foi um marco político extremamente significativo na história das políticas estaduais. Os anos-base de comparação são 1990 e 2005, porque para estes anos existem informações sobre população e estabelecimentos. No que se refere aos dados relativos ao papel da esfera pública e privada no SUS, utilizamos as estatísticas mais recentes publicadas pelo IBGE/MAS (Brasil/IBGE, 2005) e DataSus (Brasil, 2007).

Os dados demográficos da região Sudeste mostram que, em 1980, a população de São Paulo representava quase a metade da população da região e, em 2005, esse número aumenta em três pontos percentuais. Diferentemente, no Rio de Janeiro, a população que, em 1980, correspondia a 20,5% da região Sudeste diminui, no período, dois pontos percentuais. Já em Minas Gerais, houve uma redução de um ponto percentual, ao passo que no Espírito Santo se mantém sem mudanças significativas.

Em relação à evolução dos estabelecimentos de saúde, em 1980, a região Sudeste (43,1%) concentrava pouco menos que a metade dos estabelecimentos existentes no Brasil. O número de estabelecimentos diminui para 36,7% em 2005. Ainda que nos quatro estados da região tenha crescido o número de estabelecimentos, entre 1980 e 2005 diminuiu a participação percentual do Rio de Janeiro na região Sudeste (de 20,6% para 18,0%) assim como também de São Paulo (de 41,7% para 38,3%), ao passo que aumentou a participação de Minas Gerais (de 32,2% para 37,3%) e do Espírito Santo (de 5,5% para 6,2%). Cabe acrescentar que, ao comparar apenas o número de estabelecimentos de saúde entre os estados, observa-se que o Rio de Janeiro possui quase a metade dos estabelecimentos existentes em Minas Gerais e em São Paulo para o ano de 2005.

A despeito de existir uma diferença populacional entre Rio de Janeiro (de 11.291.631 em 1980 para 13.807.368 em 2005) e Minas Gerais (de 13.380.105 em 1980 para 19.237.434 em 2005), ela não explica o crescimento tão significativo de estabelecimentos em São Paulo (de 3.139 para 10.839) e Minas Gerais (de 2.427 para 10.592) do que no Rio (de 1.554 para 5.085). Ou seja, a diferença do crescimento dos estabelecimentos de saúde é muito maior entre esses estados do que a variação de população poderia explicar.

Aos dados demográficos e ao número de estabelecimentos, serão acrescentados alguns indicadores para o ano de 2008 de modo a comparar o Rio de Janeiro com os outros estados da região no que se refere ao tipo de estabelecimentos, à capacidade instalada e à sua utilização.

O tipo de estabelecimentos foi analisado levando em consideração a disponibilidade de dados existentes nas diversas fontes consultadas. Os dados mais recentes correspondem a dezembro de 2008 e são estes os considerados aqui.

O maior número de estabelecimentos na região Sudeste corresponde a centros de saúde/unidades básicas de saúde (10.361) e clínicas/ambulatórios especializados (11.621). O número de postos de saúde (2.497), policlínicas (1.936) e hospital geral (1.760) é bem menor.

O Rio de Janeiro tem uma participação bem menor de centros de saúde/UBS (14,5%) e clínicas/ambulatórios (17,9%) que Minas Gerais, cuja participação percentual desse tipo de serviços na região Sudeste é bem maior (39,2% e 24,5%, respectivamente). Nas restantes categorias – hospital geral, policlínicas e pronto-socorro –, a participação dos estabelecimentos do Rio de Janeiro na região é de aproximadamente 20%. Em Minas Gerais, o número de postos de saúde e hospital geral é elevado, enquanto em São Paulo o número é elevado em todos os tipos de estabelecimentos, a exceção de postos de saúde. A menor participação é do Espírito Santo. Apenas o número e a participação do Rio de Janeiro é maior que a dos outros estados, no que se refere a hospitais especializados (238) e postos de saúde (648).

No que se refere à capacidade instalada e à utilização dos estabelecimentos de saúde, medidos pelo indicador leitos por 1.000 habitantes, observou-se uma variação percentual negativa entre 1990 e 2005 bastante significativa. No Rio de Janeiro, a variação percentual dos leitos foi de -77,1% no espaço de 15 anos. Em São Paulo, a diminuição foi a mais

elevada de toda a região Sudeste (-164,6). Em Minas Gerais, foi bastante menos pronunciada e no Espírito Santo foi a menor da região Sudeste.

Tabela 1 – Leitos por 1.000 habitantes e variação percentual nos estados da região Sudeste – 1990-2005

L/1.000H ANO	MG	ES	RJ	SP
Ano 1990	3,83	3,22	5, 19	6,06
Ano 2005	2,41	2,24	2,93	2,29
Variação percentual	- 58,9	- 43,7	- 77,1	- 164,6

Fonte:< tabnet.datasus.gov.br/tabcgi.exe2idb2007>

As internações por 100 habitantes para o ano de 2006 – último ano consignado pelas fontes – no Rio de Janeiro (4, 49) são menores do que em Minas Gerais (6,10), Espírito Santo (5,43) e São Paulo (5,50).[1] Como não há por que supor que as necessidades na utilização de internação sejam menores no Rio de Janeiro do que nos outros estados, cabe apenas apontar para a possibilidade de que a diferença na utilização desse serviço obedeça a dificuldades com esse tipo de atendimento. Essa questão voltará a ser considerada no ponto relativo à esfera público/privado no estado.

O número de consultas médicas por habitante/ano em 2006 foi de 2,77 no Rio de Janeiro; 2,40 em Minas Gerais; 2,82 no Espírito Santo; e 3,15 em São Paulo.[2] Ou seja, o número de consultas pode ter sido influenciado pela dificuldade de acessar o serviço ou devido a menor procura da população por consultas médicas.

As dificuldades do sistema estadual revelam-se na análise dos dados apresentados e poderiam ser sintetizadas na diminuição dos estabelecimentos de saúde, no número bastante menor de vários tipos de estabelecimentos, tais como centros de saúde, clínicas, hospital geral, policlínicas, comparado com Minas Gerais e São Paulo; assim como a diminuição da capacidade instalada e taxas de internação mais baixas que as dos outros estados.

Ainda que a notória ênfase que a política nacional vem dando às políticas de atenção primária possa incidir na diminuição de estabelecimentos, taxas de internação e outros indicadores, enquanto as mudanças das práticas terapêuticas no que se refere à diminuição do tempo de internação e do número de leitos incidam sobre o número de estabelecimentos que requerem internação, todas essas transformações têm a mesma intensidade para todos os sistemas de saúde estaduais. Vale dizer que todos esses aspectos não são suficientes para compreender as dificuldades mais amplas observadas no Rio de Janeiro.

Justificar a ingovernabilidade do sistema de saúde pelo tamanho da rede também não parece argumento adequado. Contudo, em declaração recente, o secretário de Saúde Municipal do Rio de Janeiro manifestou que "a rede do município do Rio de Janeiro tem

[1] Ver Brasil/MS (2007).

[2] Ver Brasil/MS (2007).

o maior número de instituições públicas de saúde do país sob a gestão de diferentes esferas de governo" (Conasems, 2007).

Essa afirmação, tão reiterada ao longo do tempo, é tomada por verdadeira e, como toda verdade, inquestionável. Desde a época da fusão do estado de Guanabara com o do Rio de Janeiro, os políticos atribuem os problemas dos serviços públicos hospitalares no Rio à dificuldade de gerir um número demasiado grande de estabelecimentos de saúde.

Desenvolvimento do Setor Público e Privado

Além dos dados populacionais, da capacidade instalada e da utilização dos serviços, incorporamos alguns indicadores que nos possibilitam fazer inferências sobre o desenvolvimento do padrão específico público/privado predominante no Rio de Janeiro assim como do padrão regional. Considerando que a CF88 estabelece que o sistema de saúde seja de caráter universal e público passamos a levantar os dados/indicadores do padrão público e privado prevalecente no estado do Rio de Janeiro.

Observamos inicialmente que na região Sudeste a proporção de estabelecimentos públicos e privados é muito semelhante, praticamente existem o mesmo número de uns e outros. No Rio de Janeiro, há uma diferença bastante significativa de 22 pontos percentuais a mais de estabelecimentos privados. Em São Paulo, a diferença é menos significativa e corresponde a 7 pontos percentuais a mais de estabelecimentos privados enquanto em Minas Gerais a diferença se inverte, acusando 19 pontos percentuais a mais de estabelecimentos públicos do que privados. Por último, no Espírito Santo também prevalecem os públicos com uma diferença de 10 pontos percentuais a mais (Tabela 2).

Tabela 2 – Estabelecimentos por esfera administrativa nos estados da região Sudeste – 2005

Regiões	Total	Público	Privado
Região Sudeste	28.371 (100%)	14.337 (50,5)	14.034 (49,5%)
MG	19.592 (100%)	6.343 (59,8)	4.249 (40,2)
ES	1.755 (100%)	958 (54,5)	797 (45,4)
RJ	5.085 (100%)	1.982 (39,0)	3.103 (61,0)
SP	10.939 (100%)	5.054 (46,2)	5.885 (53,8)

Fonte: Brasil/IBGE (2005).

No que se refere ao tipo de atendimento, a maioria dos estabelecimentos públicos da região Sudeste é sem internação (92,8%) e muito poucos contam com internação. Nos estados observa-se tendência similar, e o Rio de Janeiro acusa 3 pontos percentuais a mais de estabelecimentos públicos com internação do que Minas Gerais e São Paulo.

Nesses estabelecimentos públicos, um número muito pequeno dos mesmos oferece Apoio Diagnóstico e Terapia. Chama a atenção o fato de que nos estabelecimentos privados se revele a mesma tendência encontrada nos públicos, a maioria destes não possui internação; mas, diferentemente, um alto número dos estabelecimentos privados operam com Apoio Diagnóstico e Terapia.

Os leitos por mil habitantes no setor privado que acompanham as tendências encontradas na análise do tipo de atendimentos público/privado são maiores que em todos os estados. Rio de Janeiro, Minas e São Paulo possuem os indicadores mais altos de leitos privados por mil habitantes.

Como observado, os estabelecimentos privados são predominantes no estado, e em ambos, privados e públicos, o número de estabelecimentos com internação é muito baixo em relação aos que não possuem internação. Também os atendimentos de apoio a diagnose e terapias, ou seja, complementares a todo tipo de atendimento, são predominantemente privados: apenas 75 estabelecimentos com apoio a diagnose são públicos ao passo que 1.167 são privados.

Naturalmente a relação entre os setores público e privado é marcada pelas desigualdades existentes entre ambos os sistemas. As situações de crise no atendimento à população do município e estado apenas atualizam os problemas histórico-estruturais do sistema de saúde municipal e estadual; os dados observados ilustram os empecilhos da gestão e da implementação do SUS no estado do Rio.

A própria denominação 'Sistema Único de Saúde' envolve significado explícito, relacionado ao caráter universal e único do sistema de saúde. Mas isso não condiz com o significado real do que seja o sistema de saúde no Brasil, ao fato empírico de este ser composto por diferentes sistemas. Existem pelo menos três sistemas: o público propriamente dito, o privado e o filantrópico. Este último com suas variantes com e sem fins de lucro. Essa aproximação ao efetivo caráter do sistema de saúde no país exige que as políticas sejam diferenciadas e adequadas a cada uma dessas esferas – público, privado e filantrópico. Mas a respeito dessa condição de não ser de fato um único sistema, a Constituição faz uma referência ambígua que facilita leituras diversas.[3]

A Crise da Política ou a Política da Crise na Saúde Estadual

As dramáticas situações de adoecimento que vêm sendo enfrentadas pela sociedade carioca se tornaram habituais e, ainda que reiteradas e permanentes, são correntemente denominadas na imprensa, por políticos e na própria literatura acadêmica da área, de 'crises'.

Essas 'crises' comportam a conjunção de um amplo leque de problemas e se caracterizam pela ausência de políticas de prevenção – tais como a luta contra a dengue –, pela falência continuada de serviços de atenção à saúde, pelas dificuldades em oferecer atendimento satisfatório à população e pelas permanentes filas de espera.

Acreditamos que os problemas no setor da saúde se manifestem de maneira mais severa na capital e na região metropolitana do Rio de Janeiro, por ser neste espaço regional que

[3] Ver Gerschman (2008).

se concentra a maior parte da população do estado e dos serviços de assistência e atenção à saúde, e também pela própria história política: o fato de ter sido capital da República e estado antes da fusão. Neste capítulo, não foram tratados os dados do município de Rio de Janeiro, da região metropolitana e do interior do estado de maneira separada.

Em 2005, o governo federal, pelo decreto n. 5.392, interveio nos seis hospitais mais importantes da cidade. Quatro deles haviam sido municipalizados quando o município se habilitou à Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96)[4] do Ministério da Saúde (Lagoa, Ipanema, Andaraí e Cardoso Fontes). Os outros dois (Miguel Couto e Souza Aguiar) já estavam sob a jurisdição municipal antes da NOB 96. É nessa oportunidade que a prefeitura do Rio de Janeiro perde, por decisão do Conselho Municipal de Saúde, a condição de 'Gestão Plena Municipal' do SUS.

No Rio de Janeiro, a epidemia de dengue continua a ser uma ameaça permanente para a saúde dos cariocas. Em abril de 2008, ela ressurgiu de maneira bastante virulenta quando a expectativa da população, que se frustrava reiteradamente, era debelar epidemia após epidemia – em 2002, 2003, 2006, 2007. Em 2007, 57.599 pessoas foram contaminadas pelo mosquito e, em 2008, estimava-se que houvesse mais de 52.000 casos.[5] Segundo dados da SES, o maior número de pacientes com a doença tem se concentrado no município do Rio de Janeiro e na região metropolitana.

Como explicar que a dengue apareça novamente sobre forma mais virulenta que nas epidemias passadas? Diversos fatores influem para que isso aconteça. Dentre os problemas cabe destacar: a precariedade no abastecimento de água, a estocagem desta em grandes reservatórios permanentes, a existência de terrenos baldios e a heterogeneidade socioespacial da cidade (Siqueira, 2008).

Ainda deve-se notar que, nos últimos anos, as secretarias de saúde do governo do estado e do município do Rio não tiveram uma política de contratação regular de agentes de saúde para distribuir nos domicílios e à população o produto para combater as larvas do mosquito.

Uma maior contratação de equipes do Programa de Saúde da Família poderia ter contribuído para minimizar a crise e para a melhoria da saúde da população mais carente. Aliás, segundo declarações recentes do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, existe uma baixíssima cobertura do Programa de Saúde da Família no estado e no município do Rio.

As políticas de saúde deixaram de ser políticas sociais e universais para se tornarem políticas balizadas pelo mercado. Esse é o aspecto central e não mencionado nos discursos dos sucessivos governos do município e do estado: a obrigatoriedade constitucional que o estado tem de investir em políticas de bem-estar da sociedade. Curiosamente, as manifestações públicas dos governos, tal como noticiado pela imprensa nos últimos anos, têm

[4] Tardiamente, em 1999, o município conseguiu reunir os requisitos exigidos pela Norma Operacional Básica de 1996, conhecida como NOB 96, para se habilitar à condição de Atenção Plena da Gestão Municipal.

[5] Ver Dengue (2007, 2008).

sido a escassez de recursos financeiros para a implementação do sistema e dos serviços de saúde no município e no estado do Rio de Janeiro.

Considerando que a implementação de um sistema de saúde público e universal está na pauta das políticas de saúde desde a aprovação do SUS na Constituição Estadual, cabe se perguntar: por que as políticas de saúde carecem dos recursos necessários para sua efetivação? Trata-se de insuficiência de recursos ou trata-se de uma política de desinvestimento dos sucessivos governos do estado do Rio de Janeiro?

A Descentralização da Política de Saúde Estadual

A descentralização a partir dos anos 90, quando se consolida o projeto constitucional em sua feição atual, é compreendida na instância federal como um processo gradual que parte da atenção à saúde e aos seus serviços até conquistar a prevenção e promoção da saúde, alcançando-se a implantação completa do SUS. Assim se implantariam as bases para uma saúde pública universal capaz de incorporar ao sistema todas as regiões com suas disparidades e todos os grupos populacionais. Para sua efetivação, constituíram-se instrumentos de gestão que se mostram extremamente sensíveis aos processos políticos e grupos de interesse da área da saúde, às políticas preexistentes entre instâncias federadas – União, estados e municípios – e aos processos políticos próprios de estados e municípios.

Diferentemente do que seria desejável e previsível, existem poucos trabalhos que discutem o processo de descentralização da política de saúde no estado do Rio. Ao nos debruçar sobre a bibliografia, nos deparamos com a dificuldade de não haver importante produção de pesquisa e bibliografia de políticas de saúde no estado. Estranhamente, também não se registra produção abundante no campo da ciência política sobre a problemática bastante idiossincrática das políticas públicas no estado após a fusão.

A descentralização da política de saúde é um dos pontos neurálgicos do SUS no estado. Para analisá-la devemos considerar que a referência ao SUS sempre é imprecisa, dado que a descentralização se refere apenas às políticas desenhadas para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Neste sentido, o SUS traz embutida uma contradição de difícil resolução. Quando estudamos a descentralização, sempre estaremos a nos referir apenas ao sistema público da saúde.

As diferenças entre os estados da região referem-se à época em que os mesmos se habilitaram à NOB 96 que define a Gestão Avançada e a Gestão Plena do Sistema Estadual. Mas nem o Rio de Janeiro nem o Espírito Santo se habilitaram a nenhuma das duas até praticamente ser sancionada a NOB 2002. No caso do Espírito Santo, trata-se de um estado pequeno, em termos de população, se comparado com os restantes estados da região Sudeste. Não é o caso do Rio de Janeiro, não somente em termos de população, mas pela importância histórica e a visibilidade que o estado tem no país. O Rio de Janeiro permaneceu até a NOB/Noas 2002, que define a nova modalidade de gestão regionalizada, sem se acolher à forma anterior de gestão sancionada pela NOB 96. Ou seja, passaram seis anos sem se habilitar à Gestão Avançada ou Gestão Plena do Sistema Estadual, sendo que

ambas as modalidades características da descentralização na esfera estadual já tinham se efetivado praticamente em todos os estados do país.

Algumas considerações complementares merecem ser destacadas a respeito da descentralização da política de saúde no estado:

- As NOBs, instrumentos jurídicos dos quais lançou mão o Ministério da Saúde para a regulamentação da política de saúde, tiveram, desde a CF88, um forte caráter indutor na condução da operacionalização da política e marcada ênfase no nível central;
- O SUS se sustenta num processo gradual para sua efetivação, entendendo-se por descentralização a municipalização como eixo central da política de saúde. Assim, o papel e as atribuições da esfera estadual sancionadas pela NOB 96 ficaram pouco desenhados no processo de municipalização do estado, gerando relações diretas entre municípios e federação;
- A especial configuração e o processo histórico singular na conformação do estado, sob a sua feição atual, acrescentaram à municipalização dificuldades decorrentes da relação entre o estado e o município do Rio de Janeiro. À implementação do SUS se soma a confusão de papéis e atribuições entre ambos e com os municípios do interior do estado. Como resultado de atribuições insuficientemente definidas, os municípios do interior e o próprio município do Rio estabelecem relações diretas com a União, produzindo-se, em alguns casos, avanços significativos no processo de habilitação dos municípios para a gestão local, bem mais acentuados do que os avanços que o próprio estado deveria alcançar em conjunto com os seus municípios.

O Rio de Janeiro pode ser considerado como estado-problema, principalmente pelo incipiente estágio de descentralização do sistema de atenção à saúde, devido, em grande medida, à ausência de políticas mais incisivas e à dependência orçamentária da federação.

Em artigo sobre a CIB – instância de pactuação do estado formulada pela NOB 93, com assento da Secretaria Estadual e do Cosems, composta pelos secretários municipais do Rio de Janeiro –, Dias (2001) procura analisar em que medida a criação desta poderia contribuir para a construção de um pacto federativo. Contrariamente à esperança da autora, não houve o pacto que, em definitivo, é necessário para que o processo de descentralização se realize plenamente.

A autora mostra, ano a ano, desde a implantação da CIB em 1993 até 1998 que houve um funcionamento regular com reuniões periódicas, escolha de representantes, formação da Câmara Técnica, elaborou-se pautas de discussão e até mudou-se o organograma da secretaria estadual, sem que isso significasse que a política saísse efetivamente do papel. Ou seja, não se alcançou uma política comum entre estado e municípios sob a condução da SES e direcionada ao desenvolvimento do SUS.

Não é a ausência de definição de atribuições da esfera estadual que inviabilizou a implementação do SUS no estado. O problema obedece à falta de acordos políticos para

o andamento de políticas integradas entre instâncias federadas. O estado não assumiu um projeto próprio para a saúde, nem de financiamento, aplicação e fiscalização de recursos capazes de desenvolver o SUS no marco da política nacional de saúde.

As normas operacionais e portarias que regulam e induzem (Gerschman, 2001) a implementação do SUS em estados e municípios configuram uma fina teia sensível e exposta aos dispositivos políticos preexistentes na federação e demais instâncias administrativas de governo. Assim o caráter pactuado do SUS remete à cooperação permanente entre os governos nacional, estaduais e municipais (Viana, Levcovitz & Dal Poz, 2001). Essa condição, sobre a qual bastante se tem discutido na bibliografia política relativa ao Estado Federativo no Brasil, adquire um valor singular ao considerar a descentralização da política de saúde e seus percalços no estado do Rio de Janeiro.

Como resolver esse dilema? De fato, a política nacional de saúde inicia-se nos gabinetes do governo central. Inclusive, no caso de uma política que, como o SUS, tem decisiva participação de diversas esferas societárias e de governo que se reúnem e deliberam no Conselho Nacional de Saúde (CNS). A deliberação nessa instância significa decidir quais os encaminhamentos para a implementação do SUS nos níveis locais. Ou seja, normas e regulamentações necessariamente levam consigo uma cota alta de centralização política que, junto com seu caráter indutor, incidem sobre o processo decisório local.

No entanto, essa política não se sustenta se a iniciativa estadual e municipal sobre o próprio território e também de aplicação de recursos próprios dos estados e municípios não acontece de forma adequada. Se estados e municípios não gerarem políticas sobre a base de profundos acordos/pactos políticos entre instâncias do sistema de saúde, torna-se inviável a sua realização. Até que ponto o papel da federação é de sobredeterminação, se impondo sobre estados e municípios, recriando a centralização da política? Este é um dilema próprio do SUS.

Ao mesmo tempo, não se poderia afirmar que o estado do Rio de Janeiro não desenvolve a descentralização em razão da União retirar as funções que lhe são próprias. No trabalho de Parada, citando entrevistas com duas gestoras, afirma-se que:

> O papel indutor para mudança do modelo assistencial vigente (...) tem um viés limitador, quando é adotada uma agenda que não se enquadra nas diretrizes e prioridades federais. Se o estado e/ou município quiser elaborar e implementar suas próprias políticas, tem que investir com recursos próprios. Esse fato só é minimizado com a programação e pactuação integrada se estiver no âmbito da assistência. (Parada, 2002: 59)

A pergunta que cabe é se poderia ser de outra forma, já que não há política de saúde sem iniciativa local e sem investimento próprio. Não cabe esperar que o sistema estadual de saúde se desenvolva no Rio de Janeiro apenas pelas políticas definidas no nível central e pelos recursos que chegam por meio destas, se não ocorrerem políticas específicas para um determinado espaço local e territorial.

No caso da gestão atual da Secretaria Estadual de Saúde (SES), diferentemente das gestões estaduais no passado, houve visíveis acordos entre o governo estadual e o federal. Nas entrevistas realizadas em 2007,[6] houve referências às boas relações entre a SES e o governo federal, ao mesmo tempo que certa crítica às atribuições que efetivamente tem a esfera estadual no desenvolvimento do SUS:

> Há uma boa relação com o Ministério da Saúde (MS), o estado deve cumprir a política nacional de saúde. O papel do estado é omisso, ficou perdido dentro do sistema de descentralização. Há contradição entre a negociação federal direta com os municípios e a exigência da regionalização. Como obter a regionalização se o MS negocia diretamente com os municípios?

O discurso do gestor denota, de uma parte, a ausência de atribuições delegadas pela federação ao estado no processo de municipalização e, de outra, certa timidez na planificação da política local. Ou seja, paralelamente a uma crítica em nível central da política, parece existir uma diluição das responsabilidades no enfrentamento dos problemas/desafios locais. A referência ao Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) foi bastante frequente e elogiosa, sobretudo por ele constituir uma fonte orçamentária e de emprego para o governo estadual.

O problema da eficácia do SUS no nível estadual e que atravessa e dificulta a gestão estadual da saúde não se explica, sob nosso ponto de vista, no setor da saúde propriamente dito ou no Ministério da Saúde. As dificuldades na implementação do SUS no estado situam-se nas modalidades de exercício político e basicamente eleitorais que os partidos e as lideranças políticas do estado do Rio de Janeiro desenvolveram historicamente na sua atividade governamental e na sua relação com a sociedade.

A Fusão e a Política de Descentralização no Estado do Rio de Janeiro

Para compreender o escasso desenvolvimento do SUS no estado, especialmente no que se refere à precariedade dos serviços de atenção à saúde, tomamos como chave explicativa a configuração política do estado do Rio de Janeiro, gerada pela fusão entre o estado da Guanabara com o antigo estado.

A transferência da capital para Brasília e a formação do estado da Guanabara no espaço abandonado da sede administrativa da Nação, no início dos anos 60, e a posterior fusão entre o estado da Guanabara e o antigo estado do Rio de Janeiro, operada em 1975 pelo regime autoritário, configuram processos políticos específicos bastante diferenciados dos outros estados da federação.

[6] Em 2007 foi elaborado, pela autora deste artigo, um projeto preliminar para o desenvolvimento de uma pesquisa sobre a implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. O desenvolvimento do mesmo incluiu a realização de três entrevistas com assessores do secretário Estadual de Saúde e que são usadas como referência neste capítulo.

O desenho político partidário local/nacional é profundamente marcado pela conjunção de uma vocação/identidade de centro nevrálgico da Nação e pelas mudanças operadas em um período historicamente curto e traumático – pouco mais de dez anos –, sob o qual se forja um sistema partidário local com forte influência no plano nacional, herança de feitos passados, e com forte presença de lideranças locais de inclinações clientelistas, patrimonialistas e cartoriais presentes em ambos os partidos gerados pelo regime militar: Aliança Renovadora Nacional (Arena), partido da situação; e Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido da oposição.

Uma distinção que nos parece extremamente rica para um primeiro mapeamento da política no estado do Rio de Janeiro é estabelecida por Márcio Moreira Alves (2001) – em depoimento publicado em Ferreira, no livro intitulado *Crônica Política do Rio de Janeiro*[7] – e se refere à distinção entre a vida política e a vida privada dos políticos.

O que diferencia a vida política da vida dos políticos? A vida política se relaciona à história e trajetória institucional dos partidos políticos; às tradições democráticas ou não destes; às práticas; às plataformas partidárias; às linhas de ação e alianças político-partidárias; ao processo decisório de políticas substantivas e não substantivas. Considere-se que estamos tratando de uma época em que o regime político dominante era o militar, que – por meio de um golpe de Estado, distante dos partidos em exercício de governo, seja no executivo ou no legislativo – fundou um longo interregno autoritário, afastando qualquer tentativa político-partidária de um retorno democrático. A única alternativa possível para os partidos foi aquela aceita e viabilizada pelo próprio regime militar.

Naquela conjuntura, os partidos políticos existentes foram extintos/dissolvidos e parte dos políticos – especialmente aqueles que significavam uma ameaça ao regime militar –, presos e cassados. Após o golpe, são criados, pelo Executivo, dois novos partidos – Arena e MDB –, que permitem que os políticos utilizem essas novas legendas de modo a permanecer agindo, sempre que o façam dentro do permitido, dando origem a uma oposição autorizada no MDB e a uma situação institucional legitimada na Arena.

O estado do Rio de Janeiro, resultado da fusão (1975) entre o estado da Guanabara, antiga Capital Federal (1960) e o antigo estado do Rio de Janeiro, passa a ser um estado único. Nesse, o ex-estado da Guanabara se transforma em município e capital do novo estado resultante da fusão. Naturalmente, esse novo status jurídico e político trouxe mudanças consideráveis que tiveram que ser absorvidas e processadas.

A transformação de dois estados em um propiciou o desaparecimento do estado da Guanabara, que passou a ser município e sede capital do novo estado, enquanto, no antigo estado fluminense, a cidade de Niterói, então capital, é abandonada e substituída pelo novo município do Rio. Cabe mencionar que já havia acontecido, nos anos 70, com a mudança da Capital Federal para Brasília, uma importante alteração da vida política da cidade com significativa perda de espaço e poder político e a consequente transformação da cidade capital em estado da Guanabara.

---

[7] Jornalista político, ex-deputado em 1966, cassado e exilado pelo governo militar em 1968.

Da originária vocação de capital e centro político do país – desde a sua fundação até 1960 quando o presidente Juscelino Kubitschek muda a sede da capital –, o Rio de Janeiro precisa adequar e/ou redimensionar o governo à nova situação. Se pensarmos que a Capital Federal é, em qualquer país, o espelho em que se mira a Nação, não é difícil imaginar o que essa mudança suscitou no governo do Rio de Janeiro e, consequentemente, na sociedade carioca.

A autonomia das cidades capitais é dada por vários motivos interligados. Nelas residem o Executivo, o Legislativo e o Judiciário; as grandes decisões políticas, econômicas e administrativas internas e externas acontecem na capital. Os parâmetros societários e culturais, quando não se trata de uma cidade apenas administrativa, definem não apenas formas do exercício de governo, mas também modalidades comportamentais, culturais e políticas que dizem respeito à tradição local. A cidade do Rio de Janeiro expressava o espírito da Nação: alegre, acolhedora e libertária nos seus costumes e nas suas relações humanas.

Com a fusão, a chaga se reaviva, o Rio de Janeiro deixa de ser estado e se transforma em apenas um município do novo estado do Rio de Janeiro, na época formado por Niterói e pouco mais de quarenta municípios já bastante empobrecidos após a finalização do ciclo econômico do café. Apenas para se ter uma ideia do tamanho do problema, dados relativos ao ano de 1974 mostram que, enquanto o estado da Guanabara arrecadou antes da fusão dois milhões e 249 mil dólares, o estado do Rio alcançou apenas 370 mil dólares.

Sob uma perspectiva sociocultural, uma parte da identidade carioca foi-se com o translado da capital e a outra, com a fusão. A partir desta, a cidade precisou ser novamente redimensionada à nova condição municipal a que se agrega também o fato de se tornar sede do governo estadual em um estado com baixo valor simbólico.

Para tornar ainda mais complexa a fusão, esta foi decidida durante o governo militar pelo então presidente general Geisel através da lei complementar n. 20 de 1º de julho de 1974, sem consulta, inclusive, aos próprios partidos criados pelo regime militar.[8] Esse processo gerou dificuldades político-administrativas para a efetiva integração do município à política estadual, ainda que no presente prevaleça o esquecimento sobre a origem dessa relação conflituosa, que se atualiza na maneira de lidar com as autonomias entre município e estado e com as relações intergovernamentais dessas instâncias de governo.

Tanto em depoimentos de políticos quanto de jornalistas da época (Motta & Sarmento, 2001a, 2001b) que tratam da fusão no estado do Rio é bastante controversa a interpretação dos motivos do governo do general Geisel para operar esse processo. O texto de Motta (2001) se refere a um momento do regime em que se propõe um projeto de desenvolvimento econômico, o “Brasil Grande”, e uma proposta de distensão. Para a autora, essa proposta exigiria um maior equilíbrio regional, revelado pelo general Geisel e fundado na preocupação do desenvolvimento econômico nacional:

> A fusão seria assim a primeira medida da ação governamental no intuito de interferir no equilíbrio federativo. Por um lado, reforçou a proposta das regiões metro-

[8] Ver em Motta e Sarmento (2001a, 2001b) depoimentos de políticos do estado do Rio de Janeiro da época.

> politanas... como principal elemento dinâmico da federação, na medida em que buscava uma maior integração intermunicipal através da eliminação das barreiras político-institucionais que separavam o núcleo da região – no caso a cidade do Rio de Janeiro – dos 13 municípios... chamados de Grande Rio que se situavam no estado do Rio. Por outro, consolidou um *polo de desenvolvimento poderoso no Rio de Janeiro* ao criar um estado que poderia vir a dividir com *São Paulo a liderança do quadro nacional.* (Motta, 2001: 26-27 – grifos meus)

Mas, se a expectativa do regime militar em relação à fusão foi de contribuir para o equilíbrio federativo de modo a contrabalançar a hegemonia econômica paulista e criar um polo de desenvolvimento carioca, não foi isso que efetivamente aconteceu.

O regime militar acreditava que a fusão traria benefícios institucionais ao estado do Rio; equilíbrio entre município, região metropolitana e o restante do estado de modo a gerar um novo arcabouço jurídico político, disseminação do desenvolvimento industrial no interior do estado. Além disso, o regime buscava um novo quadro político fluminense, que diminuísse o peso do MDB – predominante no município – e aumentasse a importância da Arena que tinha maior influência no interior do estado, fundamentalmente nas prefeituras e nas câmaras municipais que, nas eleições de 1972, resultaram majoritariamente da Arena.

As leituras sobre a fusão são bastante controversas e há quem arrisque uma interpretação puramente política sobre a intenção de governo militar. Mais que um novo equilíbrio federativo e a criação de um polo de desenvolvimento que equilibrasse o peso de São Paulo na federação, interessava ao presidente Geisel reforçar a autoridade do poder central e debilitar a oposição e a máquina política no estado: "uma vez que no bojo do projeto estava a nomeação de um interventor federal para o governo do novo estado do Rio de Janeiro. Para isso a medida promoveu a extinção do estado da Guanabara, criada em 1960, como resultado da transferência da capital para Brasília" (Freire, 2001: 58).

Em depoimentos a políticos e jornalistas da época, alguns destes manifestam desconfiança em relação aos motivos da fusão expostos pelo governo Geisel. No depoimento, Mello Franco, político da linha chaguista, manifesta: "acredito que a fusão teve como objetivo esvaziar o conteúdo oposicionista do Rio" (Mello Franco, 2001: 136).

Também em depoimento a lideranças daquele momento, Klabin, prefeito do Rio eleito pela máquina chaguista em 1979, atribui a fusão a uma decisão essencialmente política, mas a explica diferentemente como lemos a seguir:

> A fusão foi consequência de um jogo político malfeito entre Ernani de Amaral Peixoto e o Golberi, porque o Amaral, que se julgava dono do eleitorado do Rio, achava que suplantaria o eleitorado da Guanabara e com isso elegeria quem quisesse. Para surpresa geral, saiu o tiro pela culatra, e o Chagas foi eleito governador do novo estado do Rio de Janeiro... Os mecanismos usados para a implementação da fusão foram todos prejudiciais ao município do Rio de Janeiro. Na divisão de poder entre a Guanabara e o estado do Rio, os princípios utilizados foram os de permuta política, de um lado, a ambição de Tamoio de ser eleito governador, de outro, o Faria Lima que

estava certo que a fusão seria vitoriosa em termos geopolíticos, o que não aconteceu. (Klabin, 2001: 194)

A citação explica a fusão sob a perspectiva de um cálculo político equivocado do líder político da Arena, cujas bases de apoio se localizavam no interior fluminense, e do general Golberi Couto e Silva, a quem se atribui a paternidade da ideia da fusão. De fato, Amaral Peixoto era opositor a Chagas Freitas, político originário do estado da Guanabara, (Diniz, 1982),[9] que montou a sua máquina sobre bases municipais de apoio político. Vários dos depoimentos são bastante esclarecedores a respeito de como os políticos do estado viam o exercício de governo; este se sustentaria na capacidade de influência pessoal que o político era capaz de desenvolver por meio dos seus cabos eleitorais e das benesses que o partido podia distribuir.

A passagem para estado da Guanabara deixou sem resolver o que fazer com os "espólios dos falecidos estado da Guanabara, e do antigo estado do Rio", e o nascimento de uma nova sede, com *status* jurídico de município que inclui a região metropolitana, baixada e extensão, trouxe, ainda que com menor força, o espólio da falecida antiga capital do estado: Niterói. Por último, se a integração e o equilíbrio político econômico eram fundamentais para o processo de constituição do Rio de Janeiro, "como tornar complementares, identidades políticas econômicas diferentes e, em alguns casos conflitantes" (Motta, 2001: 31-32).

Estas questões trazem embutidas outras extremamente problemáticas, dentre elas a do esvaziamento do Rio de Janeiro que, ao se transformar em município, sede do novo estado do Rio, esbarrava com a resistência carioca de se integrar ao estado. Além disso, redesenhar o estado do Rio significava enfrentar a divisão de competências e atribuições entre a esfera federal, estadual e municipal, considerando-se que o Rio de Janeiro foi Distrito Federal e muitas das instituições da União permaneceram no estado por bastante tempo, como, por exemplo, o Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social (Inamps), a Fundação Nacional de Saúde (FNS), instituições hospitalares e outras.

O processo de descentralização tal como preconizado pelo SUS constituiu-se numa política extremamente frágil e vulnerável no estado do Rio, na medida em que a sua efetivação depende, como vimos, da cooperação entre os âmbitos administrativos e políticos da União, dos estados e dos municípios. Considerando que esta condição não existe, a sua construção passa a adquirir um valor central.

Máquina Política no Estado do Rio de Janeiro

No bojo da fusão, constata-se, no plano político, a inviabilidade da integração partidária entre município e estado. A disputa político partidária residia no controle do MDB no estado, entre o ex-governador carioca Chagas Freitas e o senador fluminense Amaral

[9] A corrente chaguista tem sua origem na política do antigo estado da Guanabara, onde o grupo constituiu-se e consolidou-se a partir de 1964, já na vigência do bipartidarismo. Seu líder começou sua carreira política no Partido Social Progressista de Ademar de Barros (PSP). Ver Diniz (1982).

Peixoto (Motta, 2001). As bases eleitorais eram distribuídas e apropriadas territorialmente pelos políticos dos antigos estados, Chagas Freitas, cuja origem e cujas bases estavam na Guanabara, e o senador Amaral Peixoto, cuja origem e cujas bases eleitorais se localizavam no antigo estado do Rio e, especialmente, da sua capital Niterói. Eram ambos políticos do partido da oposição (Diniz, 1982).

Quanto mais cabos eleitorais distribuídos no território e mais dinheiro de emendas constitucionais ou de outras origens menos virtuosas, melhores condições para o desenvolvimento da máquina e maior poder político para o caudilho do partido.

O governo central se via obrigado a lidar com um estado que tinha se manifestado como oposição, não podendo se desconsiderar o fato de Chagas Freitas – defensor da estadualização da Guanabara – ter sido eleito indiretamente pela Assembleia Legislativa em 1970 para governador da Guanabara.

A propósito da importância do chaguismo, como máquina política no estado, Diniz afirma que: "o salto no movimento ascensional do grupo chaguista situar-se-ia no ano de 1970 quando adquire o controle da Bancada do MDB na Assembleia Estadual conquistando cerca de 85% das cadeiras e 90% dos votos dados aos representantes do partido, elegendo ainda mais de 50%" (Diniz, 1982: 68).

O peso que a máquina política estadual teve nos partidos políticos e nas instituições de governo no estado merece ser tratada, especialmente, considerando que afeta tanto o estado como o município do Rio de Janeiro e para isso vamos nos valer do estudo de Diniz (1982) sobre a máquina política chaguista no estado do Rio de Janeiro.

Começando por algumas considerações sobre o que é, como se constitui uma máquina política e quais as características específicas da máquina chaguista, pareceu-nos interessante reproduzir uma citação, do livro de Diniz, de um autor americano que estudou a máquina política na cidade de Chicago, local onde nasce o conceito político de máquina.

> Os políticos dirigentes da máquina são práticos, pragmáticos, paroquialistas e não ideológicos. Sabem que todos os indivíduos e grupos que integram o eleitorado estão preocupados com seus próprios interesses... e jamais esquecem o que foi feito para eles... O suporte enquanto políticos depende do apoio que possam dar a interesses pessoais e privados professando sempre publicamente o bem comum. Deve se tocar o menos possível em questões políticas emocionais porque alguém ganha e alguém perde: aqueles que ganham esquecem mas aqueles que perdem nunca se esquecerão de você. Acima de tudo, não se deve levantar questões de conteúdo ideológico ou filosófico pois este tipo de questões ameaçam os objetivos de permanência no poder. (Rakove, 1975: 8-9)

Aprendida a lição, no Rio de Janeiro, a máquina política chaguista nasce no antigo estado da Guanabara por volta de 1964. Para Diniz (1982), ela se constitui como modalidade de organização complexa que depende do desempenho eleitoral sobre a base de três níveis de organização: um primeiro nível, que se refere ao controle oligárquico do partido que é acionado, manipulando o sistema de filiação e o direito de impugnar afiliações e de controlar os cabos eleitorais, mantendo-se assim o domínio do partido. Um segundo

nível se refere à capacidade de representação nas bancadas do partido no legislativo estadual, municipal e federal. Um terceiro nível tem a ver com a eficácia da máquina, com o estabelecimento e a consolidação de seus vínculos com o executivo estadual.

A tradição familiar é um traço da máquina chaguista e as vinculações da máquina com grupos religiosos incluem, além da umbanda, alguns ramos do protestantismo como o Batista, a Igreja Universal, a Assembleia de Deus e outros. Mas os vínculos não são apenas religiosos, são também com segmentos das populações urbanas, associações de moradores, escolas de samba e setores profissionais. A articulação entre esfera executiva, parlamentar e partidária constitui aspecto central da máquina. Essas características da máquina chaguista são poderosas e permanecem presentes até hoje, ainda que Chagas Freitas tenha saído da cena política nos finais da década de 1990 (Diniz, 1982).

Os partidos políticos no estado alimentaram uma cultura política e institucional bastante marcada pela fusão e pela vocação de cidade capital do país. A mudança de estado para município não contribuiu para a constituição de uma identidade própria e diferente da que foi no passado. A relação entre a cidade e o estado permaneceu caracterizada por profundas diferenças e vocações, tais como as que referimos quando da discussão sobre o que corresponde ao município do Rio e ao estado em termos de políticas de saúde e responsabilidades. Mais especificamente no que se refere à atenção à saúde e ao funcionamento, investimento, à infraestrura e cobertura dos serviços de saúde.

A modalidade de exercício da política oriunda da máquina chaguista marcou também a futura trajetória do estado e da cidade do Rio de Janeiro. A máquina política dificulta, em grande medida, a incorporação de inovações capazes de definir políticas em outros formatos que não os baseados no clientelismo e no papel das lideranças políticas de cunho tradicional. De fato, a atuação política dos partidos, dos políticos, da própria Assembleia Legislativa e do governo se sustentam sobre a base da troca de favores pessoais e do enriquecimento duvidoso. Esses mecanismos estão profundamente enraizados na política carioca, ao ponto que se tornam naturais os desmandos das autoridades, tais como a formação de 'milícias' que operam de forma paralela ao tráfico de drogas e que são organizadas por políticos socializados na cultura da máquina política criada por Chagas Freitas.

Após a derrota das eleições do seu sucessor, Miro Teixeira, em 1982, Chagas mantém a máquina política até 1999 quando sai do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e vai para o Partido Progressita (PP). Mas a máquina criada por ele sobrevive e é alimentada pelos políticos e pela sua dinâmica eleitoral até os dias de hoje.

A modalidade clientelista, personalista e corrupta de se fazer política alimenta a máquina na medida em que se tornou a forma corrente de operar dos partidos políticos cariocas. Poderia se dizer que a máquina partidária se valida e se reproduz no terreno fértil deste novo século, quando a política partidária – programática ou de ideias – ficou perempta e fora de foco. Como colocava Rakove, as máquinas políticas funcionam sobre a base de políticos para os quais nunca deve se falar de ideologia ou se ter motivos ideológicos ou filosóficos para agir na política, "pois tais questões ameaçam os objetivos de permanência no poder" (Rakove, 1975: 9).

De fato, a política de máquina é um enorme empecilho para o estabelecimento de pactos cooperativos nas esferas estaduais e municipais ao implementar políticas que não servem para sustentar os políticos, mas que são baseadas no exercício da cidadania, na participação societária e na obrigação do estado na atenção pública e universal de saúde. Ou seja, tenha como objetivo diminuir as desigualdades sociais e de saúde numa população tão castigada como a do Rio de Janeiro. Em definitivo, tratar-se-ia de políticas inovadoras para o estabelecimento de uma gestão de governo cooperativo entre estado e municípios tal como definida pelo SUS.

Considerações Finais

A discussão realizada aqui possibilita compreender porque, a partir da fusão, gerou-se uma discussão permanente dos políticos, da imprensa e das instituições políticas do estado e do município na interpretação da origem dos 'problemas' e das atribuições/responsabilidades de governo, tais como: saúde, saneamento e educação. A quem corresponde e o que corresponde a cada uma das esferas administrativas? Quais as responsabilidades do estado e quais as do município? Observa-se um conflito de poderes entre um município que não se integra ao estado, e um estado que oscila no caráter de instância superlativa ao município.

Na nossa compreensão e sob a perspectiva analisada, nasce nos anos 70, com a fusão, um 'conflito federativo' entre município e estado que se alastra até o presente. Conflito mais relacionado à política interna do estado do Rio do que às relações existentes entre federação e estado.

Esse conflito, propriamente estadual, induz a não integração e a disputas entre o estado e o seu município-sede que interferem nas relações federativas e que, dada a não integração, enfraquecem a atuação político-governamental das duas instâncias administrativas. Quando o direcionamento de políticas sociais, como no caso do SUS, prevê como eixo central a descentralização do sistema de saúde nos estados e municípios, a situação se agrava. Nesta condição, se esvai a intervenção e definição do município e do estado na implementação da política de saúde dada a inadequação para a pactuação entre esferas de governo. Abre-se o espaço para o estabelecimento de alianças temporárias e circunstanciais, segundo os interesses políticos em jogo, antes do que à definição das atribuições do município capital e do estado do Rio nas políticas de saúde estaduais.

Em caso de políticas, como o SUS, em que a integração entre esferas de governo é indispensável para o andamento da política, esta tende a se tornar inoperante, não pela ausência do que fazer, mas pela debilidade em pactuar entre instâncias federativas. Esta situação inviabiliza o estabelecimento de uma base consensual/integrada entre papéis e funções a serem desempenhadas pelo governo estadual e as que cabem ao governo municipal.

As trajetórias político-institucionais relacionadas à fusão e às políticas da máquina chaguista alimentaram infindáveis discussões a respeito de atribuições e responsabilidades das políticas públicas e dos serviços de atenção à comunidade correspondentes ao estado

e ao município do Rio de Janeiro e uma permanente alusão à falta de recursos de ambas as instâncias de governo. Tanto o estado quanto o município se valem desse motivo para justificar as deficiências reiteradas no cumprimento das funções de governo. De fato, a implementação do SUS requer o que não existe até hoje: integração entre município e estado. A autonomia política operacional e financeira do Rio de Janeiro não se põe na berlinda porque município e estado renunciaram a tê-la. Em troca desta, a substituíram pela eterna ladainha da falta de recursos e pela continuidade de instituições estatais que resistem à integração estadual.

Se a questão da saúde e do SUS já é matéria de continuada relevância para a pesquisa científica, o Rio de Janeiro, tanto o estado quanto o município, constituem-se em foco de ainda maior importância, dadas as questões específicas aqui discutidas. De fato, a questão da saúde no Rio é todo um programa de pesquisa apenas iniciado.

Referências

ALVES M. M. Depoimento. *In*: FERREIRA, M. de M. *Crônica Política do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

BRASIL. IBGE. Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Pesquisa de Assistência Médico Sanitária*, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*, 2007.

COMISSÃO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS (CONASEMS). *Boletim do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde*, jan.-fev. 2007.

DENGUE: descaso com carcaças de carro acaba. *O Globo*, Rio de Janeiro, 24 nov. 2007.

DENGUE: Niterói investiga duas mortes suspeitas. *O Globo*, Rio de Janeiro, 20 abr. 2008.

DIAS, L. L. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 11(1): 199-252, 2001.

DINIZ, E. *Voto e Máquina Política: patronagem e clientelismo no Rio de Janeiro*. São Paulo: Paz e Terra, 1982.

FREIRE, A. Evento político e representação parlamentar: a fusão e os senadores da Guanabara e do Rio de Janeiro. *In*: FREIRE, A.; SARMENTO C. E. & MOTTA, M. (Orgs.). *Um Estado em Questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 417-434, 2001.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5): 1.441-1.452, 2008.

KLABIN, I, Depoimento. *In*: MOTTA, M. & SARMENTO, C. E. (Orgs). *A Construção de um Estado: a fusão em debate*. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MELLO FRANCO, F. Depoimento. *In*: MOTTA, M. & SARMENTO, C. E. (Orgs.). *A Construção de um Estado: a fusão em debate*. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MOTTA, M. A fusão da Guanabara com o estado do Rio: desafios e desencantos. *In*: FREIRE, A.; SARMENTO, C. E. & MOTTA, M. (Orgs.). *Um Estado em Questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

MOTTA, M. & SARMENTO, C. E. *A Construção de um Estado: a fusão em debate*. Rio de Janeiro: FGV, 2001a.

MOTTA, M., SARMENTO, C. E. A fusão da Guanabara com o estado do Rio: desafios e desencantos. *In*: FREIRE, A.; SARMENTO C. E. & MOTTA, M. (Orgs.). *Um Estado em Questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001b.

PARADA, R. *Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RAKOVE, M. L. *Don't Make no Waves, Don't Back no Losers: an insider's analysis of the daley machine*. Bloomington: Indiana University Press, 1975.

SIQUEIRA, A. S. P. *Condições Particulares de Transmissão de Dengue na Região Oceânica de Niterói*, 2008. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

VIANA, D. A. L.; LEVCOVITZ, E. & DAL POZ, M. R. O SUS no estado do Rio de Janeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 11(1): 11-17, 2001.

Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: complexidades e paradoxos do controle social

4

Maria Eliana Labra

As origens da participação na saúde se confundem com a história das mobilizações contra a ditadura, as lutas pelos direitos sociais e a emergência do Movimento Sanitário nas décadas de 1970 e 1980. E o Rio de Janeiro foi o berço, líder e a sede dessas sagas. Vitórias imperecíveis ocorreram: o retorno à democracia, a promulgação da Constituição "Cidadã" de 1988 (CF88), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e a inclusão no seu desenho político-institucional dos Conselhos de Saúde (CS), cuja atribuição principal é deliberar e exercer o controle social sobre a formulação e a execução das políticas de saúde, incluindo seus aspectos econômico-financeiros.

Como é bem sabido, paralelamente à implantação do SUS foram sendo instalados CS em todo o país. Assim, pode-se afirmar, recorrendo à expressão de Santos Jr., Ribeiro e Azevedo (2004: 7), que hoje existe no setor saúde um "sistema nacional de participação" constituído pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), 26 Conselhos Estaduais de Saúde (CES), o Conselho de Saúde do Distrito Federal, 5.564 Conselhos Municipais de Saúde (CMS), 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CDSI) e mais um número indeterminado de conselhos locais, distritais, regionais e gestores, e pelas Conferências Nacionais de Saúde, às quais são levadas, a cada quatro anos, as demandas e propostas recolhidas nas conferências municipais e estaduais.

Trata-se, portanto, de um inédito movimento participativo ascendente, periódico e democrático na saúde que foi, ademais, pioneiro na inauguração de arenas participativas na maioria das políticas públicas do país, com lógica democratizante semelhante à dos CS. Em suma, pode-se asseverar que o massivo fenômeno participativo brasileiro é ímpar no continente e mesmo em outras latitudes.

Não é fortuito, portanto, que essa riquíssima experiência participativa tenha despertado enorme interesse no país e no exterior, como atestam as inúmeras publicações sobre o tema. Mais relevante ainda, a reflexão acadêmica no Brasil tem aberto caminhos para formular novas hipóteses sobre uma ampla gama de temas substantivos que buscam ressignificar, por exemplo, a 'neodemocracia' brasileira, o funcionamento das instituições

republicanas, as relações entre Estado e sociedade, os valores que permeiam a cultura política. As transformações ocorridas nessas e outras dimensões desde a longa transição à democracia nos anos 70 e 80 até a sua consolidação nos anos 90 levam a indagar: de que forma as práticas participativas estariam contribuindo para configurar no país uma democracia não mais puramente formal, mas também deliberativa? De fato, essas instigantes questões vêm progressivamente permeando a vasta literatura nacional sobre os CS nos vinte anos de sua existência, como atestam Fleury e Lobato (2009).

Quanto à produção acadêmica relativa a esses colegiados, por um lado, é bastante heterogênea, e não poderia ser de outra forma porquanto as investigações refletem as distintas realidades do país; por outro, vem sendo produzido um conhecimento que mostra crescente clareza quanto aos muitos objetos de estudo que o tema suscita e maior rigor metodológico na busca de respostas às indagações que guiam as pesquisas.

Depois de uma primeira fase de acumulação de estudos sobre os CS municipais isolados, passou-se à realização de investigações cobrindo universos maiores (vários municípios, um ou mais estados e/ou regiões), até mais recentemente abranger todos os CS do país, como mostra a pesquisa,[1] sendo seu principal produto a publicação on-line *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNetSUS, 2007). Por conseguinte, na atualidade é possível realizar avaliações comparativas sobre o funcionamento, a estrutura e outros quesitos dos CS.

Não há duvidas quanto à grande inovação política, institucional, social e até jurídica introduzida com os CS no país, e seu avanço é inegável apesar dos muitos obstáculos encontrados no caminho. E não poderia ser muito diferente dado que, tal como demonstra a literatura internacional, todo e qualquer formato participativo tem problemas (Labra, 2006, 2009). Entretanto, no caso do Brasil há que considerar questões de ordem geral, próprias do país, que afetam o desenvolvimento do 'sistema nacional participativo', e outras de caráter específico que influem no desempenho dos colegiados. Dentre os fatores de ordem geral, podem ser mencionados os seguintes: as imperfeições do Estado de Direito e das instituições políticas, os valores autoritários, excludentes e clientelistas que conformam a cultura política e as limitações impostas pelas desigualdades socioeconômicas à constituição da cidadania plena. Quanto aos fatores específicos que afetariam o desempenho dos CS, uns diriam respeito à falta de apoio político e/ou precariedade das instalações, ao passo que outros derivariam do formato desenhado para os colegiados.

Em definitivo, fatores de distinta ordem condicionariam, direta ou indiretamente, o desempenho de todos os CS do país, sendo, portanto, difícil discriminar quais variáveis estariam influenciando no funcionamento dos CS e qual seria o peso específico de cada uma delas nas semelhanças ou diferenças encontradas entre os colegiados.

Com base nessa premissa básica, este capítulo tem por objetivo examinar os CS do estado do Rio de Janeiro ao longo de cinco tópicos. No primeiro, são abordados os mo-

---

[1] Projeto em desenvolvimento desde 2003, sob a coordenação de Marcelo R. Moreira e Sarah Escorel, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP). Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>.

vimentos populares e suas lutas; o desenvolvimento das associações de bairro e favelas no Rio de Janeiro porquanto atualmente são elas as principais representantes dos usuários do SUS nos CS; e as iniciativas empreendidas nos primeiros anos do retorno à democracia pelos governos estadual e municipal para incluir a comunidade na tomada de decisões. No segundo, examina-se a participação na saúde descrevendo a primeira experiência de institucionalização da participação social no setor e, em seguida, o marco normativo da participação no SUS, dando destaque à composição e às competências dos CS. No terceiro, com base nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, analisam-se os diagnósticos relativos ao funcionamento dos CS e ao exercício do controle social, bem como as propostas apresentadas para superar os problemas detectados. No quarto, discute-se o papel dos CS no processo de produção de políticas públicas face o caráter deliberativo dos colegiados e as competências a eles atribuídas. No último tópico, são enfocados os CS do estado do Rio de Janeiro a partir de três temas: o CES, sua composição e principais atividades; o panorama dos CMS, discutindo-se para tanto três pontos: relação entre desempenho dos CMS e indicadores municipais de desenvolvimento econômico e social; publicidade e inclusão digital; e composição e representação; e o fenômeno do clientelismo moderno ou *aggiornado* no caso do CMS de Campos dos Goytacazes, à luz da composição do segmento dos usuários.

Mobilizações e Lutas Populares no Rio de Janeiro

Um grupo de atores particularmente presente nos CS é o constituído pelas associações de moradores de bairros e favelas, merecendo particular atenção. Desde seus primórdios, as associações de vizinhança da ex-Capital Federal têm estado na base das reivindicações da sociedade civil pelos diretos sociais e pela participação nas decisões governamentais. Todavia, a configuração desses atores ao longo do tempo tem experimentado grandes avanços, mas também penosos refluxos.

No Rio de Janeiro, as primeiras mobilizações sociais remontam à organização dos moradores de favelas nos anos 40, quando foi criada a União dos Trabalhadores Favelados do Morro do Borel a fim de evitar a remoção. Com a crise do Estado Novo, em 1945, a mobilização popular levou à formação de comissões de moradores nas favelas que teve certo apoio de comunistas, getulistas, trabalhistas, estudantes e intelectuais. Em 1957, tomou corpo a Coligação dos Trabalhadores Favelados do Distrito Federal, que buscou organizar autonomamente as comunidades e lutar por suas reivindicações junto aos poderes competentes. Em 1963, surge a Federação das Associações de Favelas do Estado da Guanabara (Fafeg), fortalecida na década de 1970 pelo agravamento dos problemas urbanos. Destes, o déficit habitacional era o mais grave, alcançando sua máxima expressão no Movimento Nacional pela Reforma Urbana (MNRU), ao qual se uniram os Congressos de Favelados realizados para promover essa reforma. Finalmente, em decorrência da unificação dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, em 1975, a Fafeg é transformada na atual Federação das Associações de Favelas do Estado do Rio de Janeiro (Faferj).

Na mesma época, nas grandes cidades, ampliam-se numerosos movimentos populares de protesto estimulados pelas greves do ABC paulista de 1978 que culminaram em fatos históricos fundamentais para a democratização do país, como a fundação do Partido dos Trabalhadores (PT), em 1980; a celebração da I Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras (I Conclat), em 1981; e a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983. O sentimento popular de revolta deu origem ao soerguimento de inúmeras entidades e à entrada em cena de novos atores, dos quais as associações de moradores continuaram a sobressair.

Em 1981, no Rio de Janeiro ganharam destaque os ativos movimentos da Baixada Fluminense e da Zona Oeste, cujas demandas incluíam urgente intervenção governamental em áreas muito carentes, como habitação, saneamento, educação e saúde. Nesse mesmo ano, os movimentos comunitários ganharam força com a fundação da Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj). No ano seguinte é criada a Coordenação (hoje Confederação) Nacional das Associações de Moradores (Conam) com o intuito de fortalecer o poder popular e comunitário, defender a qualidade de vida nas cidades e a democratização do país em todos os níveis.[2]

No âmbito das reivindicações setoriais, destaca-se o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado em 1981 na Cidade de Deus pela Famerj, com apoio do Sindicato dos Médicos (Sinmed), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e de outras entidades. O evento contou com milhares de participantes oriundos de uma centena de comunidades, além de representantes da Secretaria Estadual de Saúde e de secretarias municipais de saúde, de partidos políticos, da Pastoral da Saúde e de outras instituições. A essa mobilização se somaram os médicos, com o Dia Nacional de Protesto, de cujas demandas fizeram parte bandeiras mais amplas relativas à relação entre saúde e democracia, e o Encontro da Classe Trabalhadora do Rio de Janeiro (Enclat), com demandas semelhantes, incorporadas à pauta da Conclat de 1982 (Brasil/MS/SGEP, 2006). É de salientar que a importância de essas e de outras mobilizações semelhantes, ocorridas na mesma época, deve-se ao fato de ter germinado no seio das organizações uma concepção mais ampla de saúde.

As bandeiras de luta da Famerj tinham como eixo básico a participação popular nas decisões governamentais, buscando com isso desafiar a truculência da administração do governador Chagas Freitas (Guanabara, 1971-1975; estado do Rio de Janeiro, 1979-1983) e de alguns prefeitos. Com a volta do sufrágio livre e universal, teve lugar a primeira eleição de governadores, assumindo, no Rio de Janeiro, Leonel Brizola (1983-1987; 1991-1994), que trouxe novos alentos à mobilização popular. A esse respeito, Xavier (2001) afirma que o Governo Brizola colocava "o povo trabalhador como sujeito e objeto da ação governamental" e prometia o "orçamento participativo" como forma de garantir a presença da comunidade nas ações e decisões, além de enfatizar as iniciativas comunitárias. E acrescenta a mesma autora que, no plano habitacional, destacaram-se o 'Programa Cada Família um Lote' e o 'Projeto Mutirão', ambos destinados a melhorias habitacionais nas favelas

[2] *Conam: uma história de luta*. Disponível em: <www.conam.org.br/histórico_1.htm>.

mediante autoconstrução, junto com o banimento das remoções, regularização de 400 mil lotes clandestinos e correspondente urbanização (Xavier, 2001: 132).

O ex-prefeito Roberto Saturnino Braga (1986-1988), ligado na época a Brizola, lembra a importância que teve no seu mandato a participação social, em muito coadjuvado pelo vice-prefeito Jô Rezende, que vinha da Famerj. Nas palavras de Braga (2005: 6), a participação popular foi

> parte importante da coluna vertebral da conformação política do meu governo (...). Na verdade foi na minha gestão que houve a primeira experiência brasileira de um governo municipal participativo numa Metrópole. (...) Foi uma experiência edificante. E outra coisa muito importante, da qual eu me orgulho muito de ter feito, foi a criação dos Conselhos 'Governo – Comunidade', num momento em que ainda não se falava em orçamento participativo e nem de participação do cidadão na condução da gestão pública. E isto foi importante para o aprofundamento mesmo da democracia na cidade num momento em que o Brasil ainda buscava apagar a herança do autoritarismo (...). Em cada Região Administrativa foi criado um conselho 'Governo – Comunidade' que sentava junto com a Prefeitura e participava do processo de tomada de decisões. (...) Considero que esta foi uma iniciativa importante para se definir a hierarquia e a prioridade dos investimentos urbanísticos em cada área. A gente também tinha noção de que este conselho era uma importante peça de avaliação crítica do dia a dia do nosso governo não só na questão urbana, mas em todas as outras áreas de atuação do poder municipal. E isto é preciso que seja dito, teria avançado muito se o meu sucessor, que foi o Marcelo Alencar, não tivesse acabado com estas iniciativas populares. (...) lamento que não tenha levado adiante esta ideia dos conselhos na sua gestão.

Em relevante depoimento histórico, o dirigente da Faferj, Irineu Guimarães, resume os fatores que contribuíram para frear o desenvolvimento das associações de moradores de bairros e favelas. Conforme Guimarães, a ascensão do populismo brizolista em 1982 instaurou no interior do movimento popular o dilema apoio/independência em relação ao governo e ao Partido Democrático Trabalhista (PDT), o qual prejudicou a ação unificada entre Faferj e Famerj. A declaração de Brizola de que iria governar com as associações de moradores traduziu-se em massivo aumento da filiação, mas, como esta não foi acompanhada de um trabalho político de base, a tão esperada participação foi facilmente esvaziada sem que as associações conseguissem superar o impasse nem lutar contra a permanência das péssimas condições de moradia, saneamento básico, luz elétrica, transporte e saúde; as debilidades do movimento associativo abriram espaço às práticas clientelistas e fisiológicas dos políticos, dispersando ainda mais a ação coletiva, adicionalmente enfraquecida por causa da migração das lideranças mais combativas para partidos políticos e sindicatos. "Tenho um arrependimento profundo porque fundamos mais de cem associações, e não fizemos base política nenhuma. Esse foi o grande erro (...)" (Guimarães, 2007).

Ainda que no Rio de Janeiro o movimento dos moradores de bairros e favelas não tenha conseguido encontrar um eixo básico que o unificasse e perdurasse a crise no seu

interior, acontecimentos como o Fórum Social Mundial (FSM) têm induzido a aglutinação de muitas das principais organizações sociais do país em torno da Coordenação dos Movimentos Sociais, cuja criação, em 2003, foi impulsionada pela CUT, e suas estratégias de ação incluem incisiva defesa do SUS.

Assim também a Conam, que tem assento no CNS, tem estado muito presente em relação aos numerosos problemas que afetam os serviços de saúde e a assistência à população, tendo divulgado, em julho de 2008, extensa Carta Aberta intitulada "Em defesa dos usuários do Sistema Único de Saúde", na qual enumera sérios problemas observados há tempos no Rio de Janeiro e no resto do país.

Das explanações até aqui já mencionadas depreende-se que as associações de vizinhança cumprem relevante papel tanto como representantes dos usuários nos CS, em todos os níveis, como também na defesa do direito à saúde e do SUS. No entanto, as associações de bairros e de favelas continuam divididas.

A Participação na Saúde

Antecedentes Gerais

A instalação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), em 1981-1982, destinado a racionalizar os gastos com assistência médica, mudou o papel das secretarias estaduais e das prefeituras na organização e coordenação do sistema de saúde, fato que abriu perspectivas para a criação de arranjos com o objetivo de incluir a participação de representantes da sociedade civil nas decisões. Essas mudanças levaram à formulação de um novo instrumento: a estratégia Ações Integradas de Saúde (AIS), implantada no estado do Rio de Janeiro em 1986. As diretrizes das AIS já continham os princípios defendidos pelo Movimento Sanitário, mais tarde incorporados ao SUS: universalidade, equidade, regionalização e hierarquização, descentralização do poder decisório, planejamento e democratização mediante a participação da sociedade civil e o dos usuários.

Quanto à participação, foram instauradas as seguintes instâncias colegiadas: Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris) e Comissão Local ou Municipal Interinstitucional de Saúde (Clis ou Cims). As CIS deveriam constituir-se em instâncias decisórias e gestoras das AIS em cada unidade federada, e as Cris, Clis ou Cims nos níveis regionais e municipais de saúde. Às Cris deveriam integrar-se representantes das instituições conveniadas, das secretarias municipais de saúde, bem como entidades comunitárias, sindicais ou gremiais, representando a população em geral. Esses órgãos colegiados deveriam garantir a coordenação entre os diversos serviços e teriam a competência de redefinir as políticas de saúde no seu âmbito de ação (Labra, 2005).

É, portanto, a partir de meados da década de 1980 que surgem órgãos de gestão colegiada na condução dos serviços de saúde nos estados, atribuindo-se ao Rio de Janeiro papel exemplar. Todavia, o começo foi acidentado. No seu primeiro governo, Brizola indicou para a Prefeitura o médico Jamil Haddad, forte aliado da Reforma Sanitária;

porém Haddad não terminou o mandato por divergências políticas, sendo nomeado em seu lugar o político Marcelo Alencar.

Nessas gestões, o município do Rio de Janeiro foi dividido em 12 áreas de planejamento (AP). Quanto ao setor saúde, foi instalado em cada AP um Grupo Executivo Local (GEL) com o propósito de administrar o convênio das AIS com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Do GEL participavam representantes das associações de moradores e dirigentes das instituições (Brasil/MS/SGEP, 2006). Apesar de terem tido um desenvolvimento incipiente, esses colegiados foram de grande relevância porquanto constituíram o embrião dos atuais Conselhos Distritais de Saúde (COD) do município do Rio de Janeiro (Labra, 2008).

Com o advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987, e face às pressões da sociedade e dos novos executivos municipais, foi recomendado reforçar a participação de representantes dos usuários e dos municípios nas comissões criadas com as AIS, sendo que durante o período de existência dessas arenas, a de maior poder foi a CIS (Tanaka *et al.*, 1992). Em todo caso, a participação limitou-se, na maioria das vezes, à mera retórica das instituições (Paim, 1986).

O Desenho da Participação no SUS

Após a inclusão do SUS na CF88 e a promulgação da lei n. 8.142, em 29 de dezembro de 1990, ficou assegurada a participação de representantes de entidades sociais na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde do SUS. Essa lei estipula que os CS têm caráter permanente e deliberativo e suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Com base nessas determinações legais, o reformulado CNS expediu a resolução n. 33, de 1992 (Brasil/MS/CNS, 1993), contendo diretrizes destinadas a ordenar o funcionamento dos CS, as quais foram atualizadas mediante a resolução n. 333, de 2003 (Brasil/MS/CNS, 2003). Com base nesta última norma, mencionam-se a seguir as rubricas relativas à composição e competências dos colegiados.

Composição

A resolução n. 333 estabelece que: "a representação de órgãos ou entidades terá como requisito a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde", esclarecendo que "de acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade", poderá ser contemplada uma ampla gama de representações (Brasil/MS/CNS, 2003: 5). A longa enumeração de entidades constante dessa resolução pode ser agrupada nas seguintes representações: governo; portadores de patologias e deficiências; indígenas; aposentados e pensionistas; defesa do consumidor; ambientalistas; moradores; religiões; trabalhadores da área de saúde; sindicatos, federações e confederações de trabalhadores urbanos e rurais e conselhos de classe; instituições públicas; hospitais universitários, de campo e de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; comunidade científica; patrões;

prestadores de serviços de saúde; movimentos sociais e populares; e organizações de mulheres em saúde.

É reiterada, ademais, a composição paritária da representação (50% dos usuários, 25% do governo e prestadores de serviços e 25% de profissionais e trabalhadores) e a obrigação de os representantes dos usuários serem indicados pelas suas entidades, sendo que a atividade do conselheiro é de relevância pública e não pode receber qualquer remuneração.

A propósito dessas representações, cabe salientar que, segundo o nível de governo do CS, a representação é nacional, estadual ou municipal, sendo que é nesta última esfera em que há maior heterogeneidade de entidades que apenas existem localmente ou ocupam de forma ilegítima um assento no CS.

Competências

A resolução n. 333 (Brasil/MS/CNS, 2003: 9-11) enumera 25 atribuições que foram agrupadas na seguinte listagem:

1. Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa.
2. Estabelecer estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal.
3. Traçar diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços.
4. Propor a adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área.
5. Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde.
6. Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde.
7. Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos fundos de saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos.
8. Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS.
9. Estimular, apoiar ou prover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde de interesse para o desenvolvimento do SUS.
10. Propor a convocação e estruturar comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde.
11. Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento.
12. Outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde.

Certamente, o caráter deliberativo e a paridade institucionalizaram os CS como arenas decisórias democráticas, augurando seu promissor desenvolvimento à medida que se implantava e se descentralizava o SUS. Todavia, Delgado e Escorel (2008) advertem que a resolução n. 333 valoriza mais a dimensão técnica "própria de um grupo de expertos e especialistas" do que a supostamente precípua função política, a par que observam uma ambiguidade entre a dinâmica fiscalizatória e a participativa (Delgado & Escorel, 2008: 91). Por essas e outras razões, no seu percurso os CS têm se deparado com inúmeras dificuldades, como será visto no tópico seguinte.

O Controle Social nas Conferências Nacionais de Saúde[3]

Uma fonte ímpar para acompanhar o 'estado da arte' do controle social no país são os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde os quais permitem constatar que grande parte dos problemas detectados nos inúmeros estudos sobre os CS são, em maior ou menor medida, comuns a todos eles.

A seguir será apresentada uma breve análise das principais demandas e propostas contidas nos relatórios finais da 9ª (Brasil/MS/CNS, 1992), 10ª (Brasil/MS/CNS, 1998), 11ª (Brasil/MS/CNS, 2002) e 12ª (Brasil/MS/CNS, 2004) conferências nacionais de saúde, no eixo ou tema 'Controle social'.

Vale salientar que esses documentos mostram que ao longo do tempo houve crescente clareza quanto às dificuldades verificadas no funcionamento dos CS. E para isso tem contribuído o sistema ascendente, periódico e democrático de conferências que permite discutir e registrar, em todos os níveis da federação, a situação dos colegiados, e encaminhar as conclusões ao evento nacional. Porém, também é digno de nota que as soluções propostas tenderam a tornar ainda mais complexo e paradoxal o andaime do 'sistema nacional de participação' na saúde.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi a primeira a ser realizada na vigência do SUS. No relatório, reafirma-se que o controle social deve ser uma prática que busque a transformação da sociedade, reflita o real poder da população para modificar planos e políticas e não se reduza a apenas um mecanismo formal (Brasil/MS/CNS, 1992). A aposta no potencial transformador dos CS traduziu-se na definição bastante ambiciosa de todos os aspectos relativos às competências, à composição e aos requisitos de funcionamento, também alimentada pelas primeiras avaliações mostrando variadas distorções que exigiam correção. As novas diretrizes foram formalizadas na mencionada resolução n. 33, de 1992 (Brasil/MS/CNS, 1993).

Já o relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1998) apresenta uma longa listagem de demandas relativas a temas que podem ser agrupados nos seguintes pontos principais: ampliação das competências; obrigação dos gestores de respeitar o caráter permanente e deliberativo dos CS e de garantir o pleno funcionamento dos colegiados; reforço do controle social mediante novos mecanismos de participação; e ingerência inci-

---

[3] Este tópico está em boa parte baseado em Labra (2009).

siva tanto nas contas financeiras como no funcionamento dos serviços de saúde do SUS e contratados. Demanda-se também uma clara separação entre as funções deliberativas dos conselhos e as funções executivas dos gestores do SUS, bem como a subordinação do repasse de recursos do ministério e das secretarias ao acatamento do poder deliberativo dos CS (Brasil/MS/CNS, 1998). As demandas registradas no relatório se destinaram, em resumo, a superar inúmeros problemas existentes na prática do controle social mediante recursos como regulação mais forte, ampliação das competências, maior autonomia de ação, fortalecimento do poder de decisão e controle com o apoio do Ministério Público e da Justiça.

O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2002) é extremamente elucidativo a respeito do momento sombrio que vivencia a maioria dos mais de 5.000 CS até então implantados. De acordo com o relatório:

> Foram apontados vários aspectos que dificultam o desenvolvimento dos mecanismos de Controle Social, a saber: a) a ausência de uma cultura de Controle Social e transparência na gestão dos recursos públicos, agravada pelo autoritarismo dos gestores no exercício do governo (desobediência às prerrogativas dos conselheiros, sobretudo em relação aos representantes dos usuários); b) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na sua composição; c) a desarticulação dos conselhos com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos; d) a descontinuidade do trabalho dos conselhos quando ocorre a troca do gestor municipal e o receio, por parte dos conselheiros, de possíveis represálias do poder político; e) a falta de articulação e insuficiência dos mecanismos de comunicação entre os conselhos nas três esferas de governo, com falta de divulgação e transparência das discussões e deliberações dos Conselhos Nacional e Estaduais para os Conselhos Municipais, e destes para as comunidades; f) a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo frequentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil. (Brasil/MS/CNS, 2002: 45-46)

O diagnóstico feito nesse evento esmiúça cada uma das deliberações da 10ª Conferência e as reitera porque nenhuma delas tinha sido atendida. Além disso, com o avanço da municipalização do SUS e o aumento do número de CS, antigos problemas se avolumaram e novos apareceram, incrementando-se consideravelmente o rol de reivindicações. Sinteticamente, as medidas propostas para enfrentar a situação enfatizam as mesmas da conferência anterior, em particular maior poder e autonomia dos CS perante as autoridades, inclusive no relativo às deliberações porque continuam não sendo respeitadas (Brasil/MS/CNS, 2002).

Por último, na 12ª Conferência Nacional de Saúde (2004), foi afirmado, por uma parte, que os CS tiveram avanços significativos; mas, por outra, foram ratificadas inúmeras carências e necessidades, já enunciadas na introdução do relatório final:

> [Os CS] enfrentam ainda obstáculos importantes, dentre os quais: o não exercício do seu caráter deliberativo (...); as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a ausência de outras formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados. (Brasil/MS/CNS, 2004: 101)

Nessa introdução é enfatizada a permanência de antigas disfunções relacionadas com os dois nós críticos dos CS: caráter deliberativo e representatividade/legitimidade de conselheiros. Justamente em novembro daquele mesmo ano, o CNS tinha editado a mencionada resolução n. 333 introduzindo uma série de inovações sugeridas pela prática e em foros, tais como os Encontros de Conselheiros e as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde. Essa norma visa a atualizar dispositivos anteriores, padronizar o formato dos CS e reafirmar pontos essenciais, como o caráter deliberativo, a autonomia e o papel fiscalizador dos colegiados, ao tempo que, paradoxalmente, amplia indefinidamente a gama de representações nos colegiados e incrementa as competências e o conteúdo técnico e fiscalizador de muitas delas, apesar das reiteradas deficiências de toda ordem observadas ao longo do tempo.

O Processo de Produção de Políticas Públicas e o Lugar dos CS

Muitos dos obstáculos e problemas enfrentados pelos CS são inerentes à construção material e simbólica de um processo dessa envergadura. Já outros estão ligados à expectativa dos formuladores dos CS de que as atribuições, crescentemente carregadas de conteúdos técnicos e fiscalizadores, primeiro, seriam em boa parte exequíveis; segundo, contariam com os meios adequados e a autonomia suficiente; terceiro, não surgiriam antagonismos entre os colegiados e os agentes públicos, detentores *de lege* de poder deliberativo. É justamente o caráter deliberativo dos CS o tema que vem sendo objeto de debates e questionamentos. Sem aprofundar esse ponto, cabe apenas concordar com Goulart (2010) que o dilema posto – e sem luzes de solução, a nosso ver – diz respeito à "promoção de falsas expectativas nos participantes dos conselhos de saúde, relativas a um suposto poder efetivo e autônomo de decidir sobre a política de saúde", acrescentando que os "fatos da vida real mostram que *deliberação*, na prática concreta dos conselhos de saúde, não se constitui exatamente como tomada de decisão autônoma e dotada de capacidade de produzir, por si só, transformações externas ao circuito onde foi gerada (...)" (Goulart, 2010: 27 – grifo do autor).

Quando o autor faz referência ao "circuito" no qual são tomadas as decisões, está obviamente falando dos CS como arenas decisórias. Claramente, contudo, essas arenas são apenas uma ínfima parte de um circuito muitíssimo maior, qual seja, o processo de produção de políticas públicas e de programas. Tendo em vista a relevância deste tema, no que segue se tecem considerações a respeito com base em Labra (2009, 2002, 1999).

O processo de produção de políticas públicas é intrinsecamente complexo, demorado, sinuoso e conflituoso, além de incerto quanto aos resultados. Isso porque envolve diversas fases superpostas que podem deter-se a qualquer momento. Para fins analíticos, distinguem-se as seguintes fases: o surgimento de uma questão, a inclusão desta na agenda de governo, a busca de soluções para o problema, a escolha entre alternativas de ação e decisão final, a implementação da política formulada e o monitoramento e a avaliação da execução para balizar ou corrigir rumos.

Adicionalmente, o processo se complica porque intervêm numerosos atores – coletivos e individuais, públicos, privados e corporativos – que representam uma gama diversificada de interesses não raro antagônicos, como bem analisa Côrtes (2009). Esses atores, munidos de argumentos e informações de seu próprio interesse, agem mediante interações das quais, através de negociações e consensos, poderão resultar decisões passíveis de se converterem em uma política pública ou em um programa.

Além disso, os tempos (social, político, técnico e administrativo) envolvidos na tomada de decisões são distintos, tanto quanto são diferentes e assíncronas as cognições, percepções, expectativas e vontades dos atores, cujo poder de influência no processo decisório é assim mesmo desigual, já que depende dos recursos (políticos, materiais, organizacionais) de que cada um dispõe.

Outros fatores a influir no curso de uma política estão relacionados à conjuntura política (resultados eleitorais, por exemplo), o papel da mídia e, o mais importante, a natureza e complexidade da questão-objeto da política e a profundidade da transformação pretendida, em particular quando envolve mudanças culturais enraizadas na sociedade.

Uma vez que o processo de formulação de uma política chega a bom término, entrará na fase de implementação. Mas isso acontecerá somente após as autoridades constitucionalmente competentes concordarem em promulgar o correspondente estatuto legal. Quer dizer, é imprescindível um ato formal de homologação da política aprovada, antes de começar a sua execução. Aliás, esta fase é igualmente demorada já que tudo vai depender de condicionantes como as já mencionadas (conjuntura política, recursos disponíveis, mudança pretendida etc.), ou seja, a incerteza novamente vai rondar o sucesso ou o fracasso da política ou do programa em questão.

Em qual ponto do intrincado circuito descrito se localizam os CS? Decerto, é impossível determinar, porque, como se disse, os colegiados fazem parte de uma extensa engrenagem cujo número de elos é indefinido, além de mutáveis segundo as circunstâncias políticas. Ademais, cabe lembrar que os preceitos constitucionais atribuem o monopólio do poder decisório aos representantes dos governos eleitos. Por conseguinte, o poder deliberativo de que foram revestidos pela lei n. 8.142 seria insuficiente para produzir decisões que, *ipso facto*, sejam homologadas pelos gestores (ou seja, os secretários de saúde). Não é difícil concluir que a questão posta tem relação com a concorrência de legitimidades entre os membros dos CS, indicados ou eleitos pelas suas bases, e os representantes dos eleitos pelo mandato popular. A este respeito, Goulart argumenta que o que decorre das expressões "deliberação" e "poder deliberativo", "(...) acarreta expectativas dos membros

do jogo participativo, que não podem tomar decisões *de fato*, já que do outro lado da mesa elas não *deverão*, mas *poderão* (ou não) serem cumpridas – isso é de *direito*" (Goulart, 2010: 27 – grifos do autor). Entretanto, na hipótese de que o gestor, mediante um ato de vontade política, homologue deliberações relativas a alguma política pública nova ou em reformulação, a partir daí se inicia o processo decisório, cujo andamento e desfecho escapam totalmente ao controle dos CS.

Por essas e outras razões, é evidente que pôr em funcionamento os CS tem sido um penoso aprendizado para seus membros. Na prática, não apenas para os conselheiros leigos, mas também para os próprios gestores e técnicos é um grande desafio compreender em toda sua extensão os meandros do circuito decisório e mais difícil ainda aceitar que as deliberações alcançadas nos CS não são acatadas, salvo quando referem-se a assuntos internos, como aprovação do regulamento, posse de um novo presidente e/ou colegiado.

Por último, deve ser mencionado um ponto de extrema relevância relacionado ao funcionamento dos CS e que afetaria a efetividade do controle social, mas que tem sido ofuscado nas avaliações apresentadas nas conferências. Trata-se das relações institucionais entre os CES e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB). A principal tensão observada diz respeito à 'invasão' da CIB em terreno decisório que seria da incumbência do CES. Com efeito, conforme observaram Silva e Labra (2001), em estudo sobre o CES do Rio de Janeiro, quem realmente delibera sobre as questões fundamentais relativas ao SUS são as CIB, não obstante as normas estipularem que estas devem submeter suas decisões aos CS e, mais ainda, estes devem fiscalizar aquelas, mas isso não acontece (Escorel & Delgado, 2008; Silva & Labra, 2001).

Como se sabe, as CIB e os CS são duas arenas bem diferenciadas: a primeira é político técnica e a segunda é político social, de modo que a cooperação seria um requisito indispensável para um entendimento harmônico entre elas. Porém, essa relação é problemática por causa da concorrência de legitimidades derivada do fato de as CIB serem integradas pelos secretários de saúde, ou seja, pelos representantes das autoridades eleitas pelo voto popular e, portanto, possuírem recursos de poder dos quais os CS carecem. Certamente, o conflito de legitimidades entre ambas as arenas é um ponto politicamente delicado e talvez por esse motivo não conste das demandas e deliberações contidas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde.

Participação e Controle Social no Estado do Rio de Janeiro

O 'estado da arte' do controle social no Estado do Rio de Janeiro não difere de forma importante da situação encontrada no resto dos CS do país. Por este motivo, em lugar de reiterar questões problemáticas como as já analisadas, este tópico tem por objetivo mostrar o perfil do CES e dos CMS. No caso do CES, são abordados itens como desenvolvimento, composição, atividades e outros. Quanto aos 92 CMS do estado, são examinados os seguintes pontos: relação entre desenvolvimento municipal e desempenho dos colegiados; publicidade e utilização de tecnologias de comunicação e informação; composição e repre-

sentação. No terceiro e último ponto, esses dois aspectos são aprofundados tomando como estudo de caso o CMS de Campos dos Goytacazes que ilustra claramente a presença de máquinas políticas clientelistas travestidas de representantes de usuários do SUS, quer dizer, trata-se de um interessante caso de clientelismo *aggiornado*, ou seja, na sua versão empresarial moderna. O clientelismo como traço cultural deletério tem sido permanentemente salientado na literatura, em entrevistas e nos diagnósticos dos CS porquanto entorpece o funcionamento democrático dos CS, tanto internamente quanto nas suas relações com o entorno, daí a importância de um exame mais detido de como funciona na prática.

O Conselho Estadual de Saúde[4]

Criado em 1991 e efetivado em 1993, o CES entrou em funcionamento regular apenas em 2003, passando nesses anos por infinidade de conflitos até chegar à situação atual de desempenho continuado e boas condições materiais e humanas para levar adiante suas atividades.

Com efeito, muito devagar e sofrendo pressões de parte dos governadores ou dos secretários de saúde, levou uma década para se estabilizar e assumir um papel mais ativo, tanto internamente quanto em relação à assistência que devia dar aos CMS. Isso porque faltou tudo – desde apoio político e instalações até conhecimento sobre a forma de proceder. Em verdade, o CES passou por momentos muito críticos, como o enfrentamento com o governador Marcelo Alencar (1996-1998), ao ponto de levá-lo até à Justiça por causa do descaso em relação ao colegiado e dos rumos equivocados que pretendia imprimir à política de saúde. Conforme depoimento registrado em Silva e Labra, o governador Alencar, "partindo de uma proposta neoliberal, não tinha como prioridade uma política de promoção da saúde; uma de suas estratégias para modernizar o setor era investir na terceirização da gestão e dos profissionais dos serviços públicos de saúde, igualando-os a uma mercadoria, o que resultou no caos atual" (Silva & Labra, 2001: 167 – Entrevista 9).

As dificuldades aos poucos foram sendo vencidas, em particular quando um novo secretário estadual de Saúde assume em 1999 e toma medidas relativas à administração do CES que incluíram o convite de uma profissional experiente para a Secretaria Executiva e a contratação de uma equipe para organizar a parte administrativa e documental e dar início ao auxílio aos CMS na elaboração do Regimento Interno, e à adequação do funcionamento às resoluções do CNS e outros requisitos.

Quanto aos programas de capacitação de conselheiros, foram instalados polos na região Metropolitana que não têm funcionado como esperado. Em todo caso, o incentivo financeiro do Ministério da Saúde estabelecido em 2007 para esse fim está contribuindo para desenvolver programas de capacitação de forma continuada, sendo retomados com a qualificação dos conselheiros do CES.[5]

---

[4] Para um estudo dos CES do país, ver Escorel e Delgado (2008).

[5] A capacitação é realizada conforme a portaria n. 3600, de 28 de novembro de 2007, do Ministério da Saúde, que regulamenta a aplicação do incentivo financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS. Disponível em: <www.conselhodesaude.rj.gov.br/noticias>. Acesso: 28 de janeiro de 2010.

Outra importante iniciativa do CES é a adesão ao Programa de Inclusão Digital (PID) desenvolvido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, visando, sobretudo, a aparelhar os CMS para que seus membros tenham acesso a equipamentos de informática, apropriem-se de informações e adquiram habilidades para a comunicação digital. O CES está atualmente iniciando a entrega de computadores e outros aparelhos contemplados no PID.

Cabe salientar que o CES é muito ativo e desempenha inúmeras tarefas, a começar pela preparação e realização das reuniões mensais e extraordinárias do plenário e das comissões temáticas, cujas pautas estão sempre sobrecarregadas com múltiplos assuntos, como o atendimento de pleitos dos CMS e outros. Por exemplo, quando há denúncias iniciadas por um CS ou contra este começa um demorado e trabalhoso processo de encaminhamento ao Ministério Público e a outras instâncias incumbidas de velar pelo cumprimento das leis. A morosidade no desfecho dos processos legais pode ser ilustrada com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin), movida em 2003 pela então governadora do Rio de Janeiro, Rosinha Matheus, contra a resolução n. 322, de 2003, do CNS, que define o que são ações e gastos em serviço de saúde. Apesar da pressão nacional junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), apenas no mês de abril de 2008 o STF deu parecer favorável ao CES, mas a decisão final depende ainda de outros protocolos.

Nessa linha de dificuldades, se há de acrescentar que as múltiplas deficiências que assolam os serviços públicos de saúde do estado têm provocado numerosos processos judiciais contra os gestores, bem como intervenções federais. Desde a vigência do SUS, por exemplo, a primeira decretação de calamidade pública ocorreu em 1992-1993 e a mais recente teve lugar em 2005-2006, quando houve intervenção nos falidos hospitais federais do Rio de Janeiro, além da epidemia de dengue que tem agravado mais ainda a situação médico-sanitária. Esses problemas, que tanto afetam os usuários dos serviços, adicionam ao CES preocupações constantes a respeito das quais pouco ou nada se pode fazer na prática.

Quanto ao corpo dirigente do CES, com as últimas eleições estaduais, em 2006, o novo secretário estadual de Saúde assumiu a presidência do CES e empossou para o cargo de secretário executivo um reconhecido dirigente comunitário da Baixada Fluminense, eleito pela plenária e membro do segmento dos usuários no CES, sendo introduzida dessa forma uma importante inovação em termos desse ritual.

O CES conta com 18 Comissões Técnicas das quais participam seus 55 membros. Em 2008 a composição do colegiado por segmento era a seguinte (Quadro 1):

Quadro 1 – Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

	Instituição	Número de representantes titulares
Gestores e prestadores de serviços (14)	Secretaria Estadual de Saúde	4
	UFF (Universidade Federal Fluminense	1
	Uni-Rio (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)	1
Profissionais de saúde (14)	Conselho Regional de Farmácia (CEF)	1
	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj)	1
	Conselho Regional de Fitoterapia e Terapia Ocupacional (Crefito)	1
	Conselho Regional de Fonoaudiologia	1
	Conselho Regional de Psicologia	1
	Conselho Regional de Nutricionistas	1
	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (Sinmed)	1
	Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro	1
	Sindicato dos Nutricionistas do Rio de Janeiro (Sinerj)	1
	Sindicato dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	1
	Sindicato dos Fonoaudiólogos do Rio de Janeiro (Sinferj)	1
	Sindicato dos Trabalhadores Federais da Saúde, Trabalho e Previdência (Sindisprev)	1
	Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro	1
Usuários (27)	Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj)	4
	Sociedade de Amigos da Vila Kennedy	1
	ONG Ser Mulher	1
	Conselhos Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	5
	Federação dos Trabalhadores na Agricultura (Fetag)	2
	Central Única dos Trabalhadores (CUT)	4
	Federação das Associações dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio de Janeiro (Faaperj)	2
	Associação de Renais Crônicos do Rio de Janeiro	1
	Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro	1
	União dos Cegos do Brasil	1
Total		**55**

Fonte: Conselho Estadual de Saúde. Disponível em: <www.conselhosaude.rj.org.br>. Acesso em: 26 jun. 2008.

As composições acompanham aproximadamente a tendência nacional nesse nível de governo no sentido de que apenas têm assento no colegiado os representantes de entidades cuja agregação é estadual. Quanto à composição, das dez entidades representadas no segmento dos usuários, observa-se, primeiro, que o requisito da paridade em relação ao

resto dos membros não estaria sendo cumprido; segundo, figuram somente duas entidades representando associações de moradores ou comunitárias, o que significa que estão sub-representadas, tanto dentro do CES quanto em relação ao universo dessas associações no estado, devido notadamente à ausência da Faferj. Esse déficit é digno de nota porquanto as associações de vizinhança são as únicas entidades a vocalizar as demandas das comunidades. A respeito dos portadores de deficiências ou incapacidades, contam com ativas associações e estão presentes em todos os CS, ainda que se voltem preferencialmente à defesa de seus interesses específicos (Labra, 2005).

A respeito das Conferências Estaduais de Saúde, igualmente foi muito difícil institucionalizá-las, mas hoje estão sendo realizadas aproximadamente dentro dos cronogramas. Há de destacar-se que sempre contam com ampla e comprometida presença dos delegados dos colegiados municipais, cujas opiniões, demandas e resoluções são registradas no correspondente relatório e incorporadas às temáticas das Conferências Nacionais. Contudo, deve ser reiterado que a preparação desses eventos periódicos e outros, como as Plenárias de Saúde e os Encontros de Conselheiros, assim como a escolha de delegados, consomem grande quantidade de tempo e de esforço, ao ponto de os conselheiros passarem a maior parte do ano nesses preparativos.

Os Conselhos Municipais de Saúde

A maioria dos 92 CMS do estado tem igualmente avançado com grandes dificuldades. Tal como foi observado durante diversas assessorias e capacitações realizadas pelo CES, foram encontradas diversas anomalias difíceis de superar, a maior parte delas também detectadas nos CS do resto do país. No estado do Rio de Janeiro igualmente têm sido constatadas, por exemplo, condutas impróprias dos secretários de saúde em relação ao CMS, como: falta de compromisso com as decisões deliberadas; manipulação da agenda e dos debates das reuniões; desconfiança em relação à capacitação; indicação arbitrária de conselheiros, desrespeito ao critério da paridade; falta de condições materiais para o bom funcionamento; fragilidade das entidades representadas pelo segmento usuários no conselho etc (Labra, 2005).

A seguir, serão analisadas características e prováveis condicionantes do desempenho dos CMS do estado.

Desenvolvimento Municipal e Desempenho

Segundo dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde* (ParticipaNetSUS, 2007), o desempenho dos CS seria bastante razoável. O desenho metodológico dessa avaliação baseou-se em quatro dimensões e respectivos indicadores que, por sua vez, compõem cinco índices destinados a aferir autonomia, democratização, gestão, estrutura física e equipamentos e adequação à resolução n. 333, e um sexto, que sintetiza os demais (Moreira & Escorel, 2007). Trata-se do Índice de Pleno Funcionamento (IPF), que visa a examinar a capacidade de funcionamento dos CS, de modo que possam exercer plenamente suas competências e gerar condições para o desenvolvimento da participação popular e do controle

social. Os resultados desse estudo (Tabela 1), referentes aos 89 CMS que responderam ao questionário, são os seguintes:

Tabela 1 – Índice de Pleno Funcionamento (IPF) dos CMS. Rio de Janeiro – 2007

Classificação	Incipiente	Com dificuldade	Bom	Ótimo	Total
Número	2	21	52	14	89
%	0,02	23,59	58,42	15,73	100,00

Fonte: ParticipaNetSUS (2007).

A Tabela 1 mostra que 66 CMS (74,15%) responderam que seu funcionamento é bom ou ótimo. Os resultados seriam excelentes e estariam acima da média nacional, que alcança a 58,4%.

Para entender se há alguma relação entre esse desempenho e indicadores relativos à situação socioeconômica, na Tabela 2 se comparam os municípios situados nos dez primeiros lugares, segundo o Índice de Qualidade Municipal (IQM),[6] com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o PIB *per capita* e o IPF dos CMS.

Tabela 2 – Comparação dos dez primeiros municípios do estado do Rio de Janeiro segundo IQM, IDH-M, PIB *per capita* e IPF

Município	IQM 2005		IDH-M 2000		PIB *per capita* 2004	IPF 2006		
	Classe	Valor	Classe	Valor	Valor (R$)	Ótimo	Bom	Incipiente
Rio de Janeiro	1	1,0000	6	0.842	20.851	x		
Niterói	2	0,8129	7	0.886	15.651		x	
Macaé	3	0,8129	3	0.790	40.281	x		
Volta Redonda	4	0,8129		0.815	23.269	x		
Resende	5	0,5464	5	0.809	26.137	x		
Rio das Ostras	6	0,5189	33	0.775	17.5329		x	
Porto Real	7	0,4664	60	0.743	119.800			x
Casimiro de Abreu	8	0,4518	24	0.781	53.731		x	
Campos	9	0,4585	57	0.752	53.797		x	
Duque de Caxias	10	0,4528	51	0.753	26.392		x	

Fontes: Fundação Cide (2010); Pnud (2010); IBGE (2010) e ParticipaNetSUS (2007).

[6] O IQM, desenvolvido pelo Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro (Fundação Cide), compreende sete grupos de indicadores, cada qual abordando um aspecto das condições básicas necessárias para o desenvolvimento municipal: dinamismo; centralidade e vantagem locacional; riqueza e potencial de consumo; qualificação da mão de obra; facilidades para os negócios; infraestrutura para grandes empreendimentos; e cidadania.. Disponível em: <www.cide.rj.gov.rj.br>.

Da tabela, pode-se deduzir que não há correspondência entre os indicadores socioeconômicos dos municípios entre si nem com o IPF dos CMS. De um lado, Rio de Janeiro ocupa o primeiro lugar no IQM, o sexto lugar no IDH-M, o PIB é de R$ 20.20.851 e o IPF é Ótimo. De outro lado, Porto Real se encontra no sétimo lugar em IQM e no sexagésimo no IDH-M e tem o mais alto PIB *per capita* do grupo (e do estado), mas seu IPF é incipiente. Cabe registrar que tampouco foi encontrada qualquer associação entre o IDH-M, o PIB *per capita* e o Índice de Teledensidade, que expressa o número de acessos telefônicos instalados em área urbana e rural por 100 habitantes (Silva, 2005: 111).

Ainda em relação ao desempenho dos CS em geral, um aspecto central no diagnóstico apresentado anteriormente está relacionado ao acatamento das deliberações por parte do secretário de saúde. A fim de saber a situação dos CMS do estado nesse quesito, foi analisada a base de dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNetSUS, 2007), tendo-se constatado que somente sete dos 63 CMS que responderam à questão manifestaram que as deliberações eram cumpridas. E mesmo nestes casos excepcionais restam dúvidas quanto à matéria deliberada, dado que essas resoluções podem estar relacionadas a assuntos internos, como a homologação dos novos membros do CMS após uma eleição de conselheiros. Em resumo, esse resultado apenas corrobora as discussões anteriores sobre esse mesmo ponto.

Publicidade e Inclusão Digital

A necessidade de os CS contarem com meios modernos de comunicação foi uma questão debatida na 12ª Conferência Nacional de Saúde, de 2003, sendo resolvido então

> Implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, com garantia de dotação orçamentária, usando diversos meios de comunicação, para informar a população sobre o papel dos Conselhos de Saúde e a sua importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões, divulgando informações sobre as realizações, deliberações, e sobre os princípios e diretrizes do SUS. (Brasil/MS/CNS, 2004: 104)

Em decorrência dessa reivindicação, a Secretaria de Gestão Participativa, do Ministério da Saúde, desenvolveu o já mencionado PID, baseado em levantamento junto aos CS para conhecer as necessidades nesse campo e posteriormente distribuir equipamentos a fim de implantar a comunicação virtual entre os colegiados do país e realizar capacitações para o uso da tecnologia.

Com o objetivo de conhecer os avanços ocorridos no estado nessa área, Silva (2005) pesquisou as páginas *web* das prefeituras, das secretarias de saúde e dos CMS, constatando que a situação era muito deficiente. Nova revisão desses achados, em 2008, mostrou que não tinha havido mudanças (Silva & Labra, 2007).

Os resultados do referido estudo de Silva (2005) revelaram que:

- Dos 92 municípios, 35 (38%) prefeituras não tinham sequer um sítio que apresentasse os diversos serviços de utilidade pública que lhes cabe prestar; quer dizer, são invisíveis na malha 'internáutica'. E quando existe página *web*, a ênfase é nas atrações turísticas locais.
- No estado há 73 municípios (79%) com duzentos mil habitantes ou mais e todos eles já utilizam a rede. Porém, só vinte prefeituras (21%) abrigam referências à respectiva secretaria de saúde.
- Dos 92 CMS, apenas cinco (5,4%) constavam do sítio da Prefeitura e da Secretaria de Saúde e tinham página própria (Rio de Janeiro, Itaperuna, Nova Friburgo, Resende e Paraíba do Sul). Todavia, nestes casos foram observados variados problemas que impedem o acesso dos interessados a informações sobre os CS (página estática e/ou desatualizada e/o com conteúdo irrelevante etc.) No caso do CMS do município do Rio de Janeiro, por exemplo, o acesso é indireto porque primeiro é preciso abrir um *link* denominado "Servidores", ou seja, é de fato inacessível para os cidadãos comuns. E mesmo para quem consegue entrar, apenas há acesso às pautas e atas das reuniões, mas não a documentos úteis para conhecer as atividades que o CMS desenvolve.
- Paraíba do Sul é exceção. Apesar de ser um município com baixa teledensidade e de pequeno porte (39 mil habitantes), apresenta um sítio *web* atualizado e dinâmico. O CMS oferece boas informações sobre normas, funcionamento e atividades e inclui variados *links.*

A inexistência do uso de tecnologias de comunicação e informação no âmbito dos CMS explica a ausência de contato virtual institucionalizado entre eles, predominando as interações de tipo presencial (fóruns de conselheiros, conferências de saúde e outros) e sobretudo documental, além do contato pessoal, este sim realizado com frequência por meio da Internet, como mostrou pesquisa realizada em 2002 junto aos Conselhos Distritais de Saúde do município do Rio de Janeiro (Labra, 2005).

Em suma, a fim de alcançar os propósitos para os quais foram criados os CS, é imprescindível que os colegiados mantenham assíduo contato entre si e possam dispor, de forma rápida e oportuna, de informações, documentos e outros instrumentos de gestão para atuarem com fundamento. Todavia, os dados mostram que a comunicação virtual ainda não chegou nem às prefeituras, de modo que a visibilidade dos CMS na malha *web* é praticamente nula. Esse fator, aliado à ausência de divulgação de informações sobre a existência dos CS nos meios usuais de comunicação, nos estabelecimentos de saúde, nas comunidades e entidades que as representam e/ou nos sítios *web* das associações de profissionais e de sindicatos com assento nos conselhos, tornam a publicidade uma questão premente cuja solução é esperada à medida que se expande a implantação do PID no estado.

Composição e Representação

No que diz respeito à composição e à representação dos CMS, as irregularidades são recorrentes e praticamente impossíveis de resolver. Com frequência, constata-se que a composição não é paritária; os critérios de escolha do representante são mal conhecidos; um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos (por exemplo, usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador); o conselheiro é indicado pelo prefeito, ou o gestor, ou por entidades alheias ao CS (Câmara Municipal, OAB, Rotary, Lions, ONG, etc.), ou mesmo por agremiações desconhecidas da comunidade. Além disso, os prestadores privados não participam porque resolvem seus pleitos diretamente com o gestor (Labra, 2005).

Para os propósitos desta análise, será examinada somente a composição do segmento dos usuários, tendo em vista que representa 50% dos conselheiros e tem configuração mais problemática. Esse segmento constitui um microcosmo que reflete a heterogênea, porém frágil, dinâmica associativa da sociedade brasileira, compelida a se organizar devido à obrigação das secretarias de saúde de ter CS em funcionamento para receberem recursos federais destinados aos programas de saúde locais, condição, aliás, também válida atualmente para os conselhos de outras políticas públicas.

Como já referido, as resoluções do CNS estipularam uma extensa gama de representações passíveis de terem assento nos CS, o que torna muito impreciso o elenco de potenciais candidatos a conselheiros. Este ponto remete à representação/representatividade, questão muito complicada em relação às organizações da sociedade civil, devido principalmente à sua fragilidade e baixa densidade em termos de membros afiliados, bem como à indeterminação do contingente 'usuários' dos SUS, que, no país, não conta com organizações próprias.

Sobre esse mesmo ponto ainda há outros problemas a mencionar. Pesquisa realizada com conselheiros do segmento usuários dos Conselhos Distritais de Saúde (COD) do município do Rio de Janeiro e dirigentes das associações de moradores com representantes nesses colegiados constatou problemas ou anomalias como as seguintes: a taxa de afiliação às associações não ultrapassa os 12% da população; as assembleias são abertas somente aos afiliados em dia com a mensalidade; as reuniões da associação com a comunidade acontecem três ou quatro vezes ao ano apenas; os dirigentes se mantêm no cargo durante décadas; são esses dirigentes os indicados para representar a associação nos COD, nos quais permanecem por um período superior a cinco anos. Ademais, tornou-se evidente a ausência de comunicação entre o conselheiro e as bases que o elegeram; quer dizer, o conselheiro não dá retorno nem traz insumos às reuniões da associação e os dirigentes não cobram de seu representante os resultados da missão levada a cabo (Labra, 2005, 2008, 2009). Pode-se concluir, em síntese, que as associações replicam no seu interior os mesmos traços excludentes e hierarquizados já constatados na sociedade brasileira como um todo, ou seja, são pouco democráticas.

Muitos dos problemas mencionados também são comuns nos demais segmentos dos CS, especialmente a débil relação existente entre os representantes e as organizações repre-

sentadas (sindicatos, associações profissionais etc.). Isso significa que os debates, acordos e demais assuntos de interesse das bases discutidos nos colegiados não são posteriormente debatidos junto a essas organizações, perdendo-se assim uma oportunidade ímpar de dar a conhecer o CS e incentivar a participação.

Quanto à composição dos CMS, foram utilizados novamente dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNetSUS, 2007), os quais foram tratados apenas quantitativamente a fim de obter uma classificação aproximada das entidades representadas no segmento usuários. Essa alternativa analítica foi escolhida em função dos seguintes fatores: vários CMS não forneceram informações; naqueles que há, a denominação das entidades em geral é vaga ou encontra-se sob a forma de siglas impossíveis de decifrar; muitas respostas foram prejudicadas pela aparente confusão dos respondentes quanto à composição de cada segmento. Dessa maneira, os números apresentados a seguir pretendem (Tabela 3) somente ilustrar a configuração desse universo, mediante a contagem da frequência com que aparecem as diferentes denominações.

Tabela 3 – Entidades representadas nos CMS do estado. Rio de Janeiro – 2006

Denominação	Número
Associações de moradores (bairro e favela)	163
Associações de portadores de deficiências (excepcionais, disléxicos, saúde mental, renais, transplantados, auditivos, osteomizados)	40
Outras associações/grupos (mulheres, crianças, jovens, *gays*, negros, atletas, meio ambiente, ecológicos, dependentes químicos, terapia holística)	21
Outros conselhos (tutelar, entorpecentes, saúde, defesa da cidadania)	6
Sindicatos/Associações profissionais (CUT, Sindisprev, estabelecimentos de saúde, rodoviários, construção civil, siderúrgicos, metalúrgicos, alfaiates e costureiras, taxistas, vigilantes, bancários, hotéis, bares e restaurantes, gráficos, domésticos etc.	50
Cooperativas de trabalhadores (pescadores, rurais, transporte, apicultores)	8
Associações de produtores, patronais e empregadores (agricultura, pecuária, indústria, comércio)	5
Igreja Católica	38
Outras religiões/cultos (metodista, luterana, assembleia de deus, universal, pentecostal, evangélica, batista, espírita, congregacional, quadrangular, budista, umbanda, terreiro, loja maçônica)	43
Clubes de serviço (Lions, Rotary)	26
Centros assistenciais/beneficentes	23
ONG (Habitat, Viva Rio, Sublime, outras)	6
Câmara municipal	2
Partidos políticos (PT, PV, outros)	3
Faculdades/Escolas/Fundações de ensino (públicas e privadas)	7
Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)	5
Sociedade Pestalozzi	2

Tabela 3 – Entidades representadas nos CMS do estado. Rio de Janeiro – 2006 (Cont.)

Denominação	Número
Rádio FM	1
Banda Municipal	1
Blocos de Samba	1
Sociedade Protetora de Animais	1

Fonte: ParticipaNetSUS (2007).

Desses dados, pode-se observar a presença maciça das associações de vizinhança nos CMS, o que referenda sua importância como veículo de representação dos usuários do SUS. É importante ressaltar a presença da Igreja Católica, que atua frequentemente por meio das pastorais. Todavia, um número maior ainda de outras igrejas e cultos tem representação nos CMS, fato condizente com sua extensa penetração nas classes populares. Mediante diversas estratégias publicitárias (impressa, rádio, televisão, Internet etc.) e de assistência social, os cultos pentecostais têm se engajado com sucesso na política partidária (Werneck Vianna, 2001; Mariano, 2004).

Como é sabido, para uma organização poder indicar um conselheiro, deve ter estatuto em ordem e estar registrada no CNS.[7] Contudo, cabem dúvidas quanto ao devido cumprimento dessa exigência. De fato, a Tabela 3 mostra uma enorme diversidade de denominações e peculiaridades entre as representações (rádios, bandas, blocos de samba, diversos cultos etc.). Assim mesmo, figuram representantes não relacionados com o segmento usuários, como associações patronais, OAB, faculdades privadas, Câmara Municipal, partidos políticos e outros, o que põe em xeque a lisura das eleições para conselheiros, bem como a representatividade destes. A mesma reflexão pode ser feita a respeito dos centros assistenciais, cabendo indagar até que ponto constituem, na verdade, máquinas 'políticas de políticos', profissionais e de igrejas financiadas de modo frequente pelos cofres municipais. Para ilustrar esse ponto, no tópico seguinte se analisa o CMS de Campos dos Goytacazes.

Clientelismo *aggiornado*: o caso do CMS de Campos dos Goytacazes

Campos dos Goytacazes, município-polo da região norte fluminense, tem 432 mil habitantes, número que aumenta para 700 mil quando considerada a Grande Campos, que começa em Macaé e termina na divisa com o Espírito Santo. É o município do país que recebe o maior volume de *royalties* derivados da exploração de petróleo e gás em sua bacia sedimentar (Terra, Oliveira & Givisiez, 2006). Com efeito, a receita por habitante de que dispõe a Prefeitura supera a de São Paulo, ao passo que a de Belém, com uma população bem maior, alcança a um terço da receita campista (Souza, 2004). Todavia, o acelerado enriquecimento de Campos não tem redundado em investimentos sociais, nem

[7] A relação das entidades habilitadas a se fazer representar nos CS pode ser encontrada no portal do CNS. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>.

em melhoria da qualidade de vida de seus habitantes (Terra, Oliveira & Givisiez, 2006), nem seu CMS apresenta um desempenho diferenciado, a não ser pelas práticas clientelistas ostensivas. Sobre o fenômeno do clientelismo, cabe salientar que vem recebendo crescente atenção devido à sua persistência no país apesar do retorno à democracia, da intensificação da competição eleitoral, da universalização dos direitos cidadãos e do progresso humano e material.

A realidade atual é paradoxal porque, como assinala Souza (2004), evidencia-se a penetração de valores democráticos e universalistas na sociedade e, simultaneamente, a permanência de práticas clientelistas no âmbito dos representantes eleitos pela vontade popular. Isso quer dizer que o clientelismo se adaptou à modernização capitalista pela qual passou o país no século XX e se transformou em um dos instrumentos que permitiram essa modernização. Mais ainda, a ampliação do poder local promovida pela descentralização reforçou as práticas de uso privado do poder público (Souza, 2004).

O que define uma relação clientelista não é a origem dos recursos, e sim sua natureza, que estabelece intercâmbios entre indivíduos que estão em posições assimétricas. Todavia, o fenômeno do clientelismo mudou: a tradicional figura do coronel foi substituída por políticos profissionais, e no lugar do curral eleitoral surgiram máquinas políticas muito bem organizadas e poderosas que atuam distribuindo serviços e benesses em troca do voto.

Com base em pesquisa sobre práticas clientelistas no nordeste do Piauí, Farias (2000) contribui para essa discussão formulando o conceito de "clientelismo estatal", segundo o qual os políticos profissionais distribuem recursos públicos e favores ligados às instituições em troca de sustento eleitoral. O novo nessa acepção é que os cabos eleitorais tendem a dirigir-se a comunidades inteiras e menos a indivíduos, ou seja, o clientelismo passa a ter um caráter grupal e impessoal, o qual implica um mínimo de racionalidade administrativa (Farias, 2000). Além do mais, o clientelismo assumiu uma forma mais sofisticada por meio do associativismo:

> A tendência é a de haver uma Associação em toda localidade rural ou em bairros do núcleo urbano, normalmente criada com o apoio da Prefeitura. A maioria dos líderes comunitários dá vida ao cabo eleitoral estatal, especializado não mais em prestar pequenos serviços individuais, mas sim em intermediar benefícios governamentais de consumo coletivo, sob a forma de programas assistenciais. (Farias, 2000: 53)

Farias argumenta que a proliferação de lideranças clientelistas e o incentivo ao associativismo derivam da metodologia estatal de gestão participativa, segundo a qual as prefeituras só podem firmar algum convênio se a 'população-alvo' estiver engajada em associações locais. Isso induz a uma verdadeira explosão de associações criadas a partir do Estado. Para o autor, "a estrutura organizacional das Associações – o legalismo, o burocratismo – contribui para a continuidade do vínculo das lideranças ao Estado". Por isso mesmo, os limites da participação comunitária estão dados pelo fato de que "ela pode ser apropriada, com relativa facilidade, pelos esquemas políticos dominantes, transformando-se em um mecanismo de conquistas eleitoreiras" (Farias 2000: 53).

Na mesma linha de Souza (2004), Farias conclui que o clientelismo estatal não é incompatível com a democracia capitalista. Esta não se restringe ao padrão ideológico do universalismo de procedimento senão que engloba também a alternativa clientelista, considerada não uma disfunção, mas fato 'normal', funcional a essa democracia. Farias acrescenta que tampouco pode ser evocada a "falta de consciência" dos valores básicos da cidadania política como causa da força do clientelismo, posto que entre os trabalhadores entrevistados havia um claro discernimento sobre os elementos da cidadania política, como liberdade e universalidade, além do pleno conhecimento a respeito dos mecanismos de manipulação do voto. Porém, a fragilidade das organizações populares e a implantação "*acelerada*" do capitalismo no campo criam obstáculos à cristalização da solidariedade de classe, desempenhando um papel estratégico na explicação da prevalência clientelista (Farias, 2000: 63 – grifos do autor).

Por sua parte, Souza (2004), em seu estudo do comportamento dos vereadores de Campos dos Goytacazes, chega igualmente a relevantes conclusões. Conforme a análise desse autor, o mandato é visto como um patrimônio pessoal do vereador. Este tem como sua principal atividade o atendimento de demandas individuais de seus eleitores e não o compromisso com sua função constitucional de fiscalização do Executivo e a formulação de leis. Dessa forma, os parlamentares e lideranças locais se transformam em agentes do favor que oferecem seus serviços de forma individualizada e pleiteiam, em troca, o voto.

A Câmara Municipal é uma instituição marcada pelo silêncio homologador das decisões do Executivo, fato que favorece um ambiente propício para que a população encare os líderes políticos e, por extensão, o Estado como uma entidade paternalista. E como foi nesse ambiente que se formaram os vereadores, eles não conhecem outra forma de fazer política. Nas negociações de cada parlamentar com o Executivo, impera a negociação individual, "reforçando os acordos que levam à secundarização da atividade legislativa em troca do repasse de recursos" (Souza, 2004: 108-109). O prefeito, por sua vez, tem papel decisivo na definição da forma de relacionamento com os parlamentares porque controla os recursos e pode dar prioridade a barganhas fisiológicas em vez de adotar políticas universalistas.

Outro ponto salientado por Souza (2004) se relaciona à participação. Para os vereadores de Campos, a participação da população, por meio de Conselhos Municipais, não reduz o poder do Legislativo. Embora muitos parlamentares acreditem ser positiva a participação popular, poucos concordam que entidades da sociedade utilizem a Câmara Municipal durante as votações. Souza conclui que, "embora os vereadores tenham incorporado em seus discursos argumentos favoráveis à ampliação dos espaços democráticos, não estão dispostos a ampliar espaços de participação nos interstícios eleitorais". Essa posição se coaduna com a generalizada opinião dos parlamentaras de que "com o voto, a população passa todas as decisões políticas para os candidatos eleitos, ou seja, o mandato é um patrimônio pessoal que deve ser exercido de modo exclusivo pelo parlamentar" (Souza, 2004: 37-38).

Outro fenômeno inerente ao clientelismo 'modernizado' consiste no florescimento do assistencialismo, materializado em numerosos centros que, embora não fazendo parte das máquinas políticas, funcionam como tais e são do próprio vereador, que as leva consigo

se muda de partido. Para Souza, o assistencialismo é "uma forma de institucionalizar o clientelismo, garantindo perenidade no fornecimento de serviços e bens (...) financiados com dinheiro da prefeitura e representa uma forma de uso privado de recursos públicos" (Souza, 2004: 91).

Na exaustiva relação do autor sobre os centros assistenciais de Campos figuram igrejas, como a Universal do Reino de Deus que mantém pelo menos um centro assistencial para cada parlamentar eleito, bem como organizações dirigidas por vereadores (escolas, postos médicos, creches, cursos profissionalizantes etc.). O estatuto jurídico dessas organizações é variado: há ONGs, associações, escolas, fundações e outras, como postos de atendimento da prefeitura que são assumidos por vereadores.

Os centros assistenciais são organizações prestadoras de serviços à população, que atendem em geral às camadas com baixo poder aquisitivo; eles têm estrutura física montada nos bairros mais carentes de equipamentos sociais; contam com um corpo de funcionários profissionais permanente submetido a uma rígida hierarquia e dependente do chefe da máquina (o vereador). Os serviços prestados são contínuos, isto é, não estão restritos aos períodos eleitorais. Os centros também são utilizados como base das articulações políticas dos vereadores, e neles se realizam reuniões e encontros com eleitores e aliados. A prestação dos serviços tem como objetivo a obtenção de votos e para isso os centros mantêm cadastrados os indivíduos atendidos, que são visitados em períodos eleitorais. Além disso, são completamente identificados com os vereadores que os administram (por exemplo, 'posto médico do vereador beltrano') ou mesmo levam o nome do vereador (Souza, 2004).

O exame do clientelismo mostra as mutações que esse fenômeno tem experimentado, bem como as novas denominações a ele adjudicadas: institucionalizado, estatal, comunitário, associativo, profissional ou maquinário. Ademais, aponta que sua versão modernizada está amplamente difundida nas regiões brasileiras, tanto na área urbana quanto a rural. As práticas clientelistas são da maior importância para os CS, posto que inevitavelmente vão afetar a conduta dos conselheiros, tanto quanto o associativismo de fachada e os centros assistenciais de políticos e igrejas podem deturpar seriamente a composição e a representatividade dos segmentos com assento no colegiado e a própria legitimidade deste.

Com sua investigação sobre as máquinas políticas em Campos, Souza contribui decisivamente para avançar no estudo do clientelismo no âmbito dos CMS, tanto quanto os dados do *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede* (ParticipaNetSUS, 2007), que permitem identificar claramente uma representação que coincide com a descrição desse autor, conforme será explicitado a seguir. No ano de 2005, a composição do segmento usuários do CMS de Campos era a seguinte:[8]

- Associação de Moradores de Ibitioca
- Associação Amigos Parque São Benedito

[8] Ressalve-se que a composição do CMS de Campos já mudou; porém, como as páginas *web* da Secretaria Municipal de Saúde não contêm qualquer informação sobre o colegiado, não foi possível atualizar os dados.

- Associação de Moradores e Amigos de Campos
- Associação de Moradores de Nova Brasília
- Associação de Moradores de Campos Limpo
- Associação de Moradores Santos Dumont
- Associação de Moradores de Ponta da Lama
- Associação de Moradores de Guarus
- Associação de Moradores do Parque Prezares
- Associação de Renais Crônicos e Transplantados
- Grupo Terceira Idade Vida Nova
- Associação Comunitária Mulheres de Campos
- Sindicato dos Empregados de Estabelecimentos de Saúde
- Associação Campista de Aposentados e Pensionistas
- Cooperativa dos Trabalhadores do Transportes
- Pastoral da Criança
- Igreja Evangelho Quadrangular
- Paróquia Santa Terezinha
- Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde
- Faculdades de Medicina, Odontologia e Serviço Social de Campos
- Faculdade de Psicologia e Enfermagem Estácio de Sá
- Projeto Pillar

O CMS de Campos mostra uma composição do segmento dos usuários muito heterogênea, sendo difícil justificar a presença de um número tão grande de associações de moradores, de entidades privadas formadoras de recursos humanos e de centros assistenciais, como o Projeto Pillar, ao qual se fará referência logo adiante.

A partir das contribuições de Souza (2004), pode-se inferir que a expressiva presença de associações de moradores poderia ser atribuída ao fato de sua jurisdição corresponder a zonas eleitorais de vereadores, os quais pressionariam para representantes daquelas terem presença nos CMS.

O Projeto Pillar, segundo critérios e informações recolhidos por Souza (2004), seria em verdade uma máquina política cuja representação no CMS é claramente ilegítima. Trata-se de uma associação filantrópica denominada Fundação Pillar que pertence ao vereador Rodrigo Viana, sobrinho do ex-prefeito. Oferece serviços gratuitos de atenção à saúde, contando com quatro médicos especialistas, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. Também entrega próteses e cadeiras de rodas e distribui cestas básicas. Possui um outro centro assistencial para crianças e portadores de necessidades especiais. Realiza cerca de 2.500 atendimentos mensais e tem mais ou menos cem empregados contratados pela Prefeitura por prestação de serviços, ou seja, não são funcionários públicos. De acordo com

Souza (2004), é uma máquina política cuja função é maximizar o desempenho eleitoral do vereador, cujas ações são vistas pela população como resultado de sua benevolência, como um favor e não como um direito. E como tudo isso é feito à custa da verba da Prefeitura, o uso privado de bens públicos (patrimonialismo) fica claramente identificado.

Tendo em vista o expressivo número de centros e cultos que prestam assistência social com assento nos CMS, o vulto dos fenômenos do clientelismo e do patrimonialismo não pode ser desconsiderado. Ao contrário, o tema merece um estudo cuidadoso a fim de identificar as formas mediante as quais essas práticas deletérias afetam todas as facetas do funcionamento dos CS, tolhendo diretamente a legitimidade, a representatividade e o exercício do controle social e, bem mais do que isso, o próprio exercício de democracia.

Conclusões

É inquestionável o avanço da democracia participativa no Brasil. E para tanto a instauração dos CS foi decisiva. Essa caminhada ganha maior relevância quando se consideram os tantos obstáculos que se interpõem para a efetiva consecução do controle social. Avaliar essas experiências de forma compreensiva e inteligível é, contudo, uma tarefa difícil. Isso porque cada CS constitui tanto um microcosmo que contém e reflete os valores predominantes na sociedade geral e local sobre a democracia e suas instituições quanto um espelho das contradições inerentes ao subdesenvolvimento econômico e à exclusão social. Há ainda que ressaltar os problemas derivados do próprio formato idealizado para os colegiados, cujas consequências não previstas ou indesejadas são objeto de permanente inquietação e debate.

O fenômeno participativo envolve extraordinária complexidade cuja cabal compreensão exigiria uma abordagem teórico-metodológica capaz de identificar e contemplar as múltiplas variáveis de diferente ordem que o determinam, e de inferir relações causais entre o modelo preconizado e a realidade observada, de modo a apontar novos rumos para o avanço do controle social.

Para encerrar, é cabível indagar se vale a pena lutar pelo aprimoramento da gigantesca rede participativa construída no setor saúde; se, nas condições examinadas, o controle social é viável ou é apenas uma quimera inatingível; se, enfim, teria chegado o momento de avaliar o 'sistema nacional participativo' como um todo a fim de corrigir as imperfeições que entorpecem seu desempenho. Certamente, essa é uma tarefa a ser prontamente empreendida.

De todo modo, é preciso reafirmar a luta pela participação e pelo controle social. E isso porque nenhuma sociedade teve primeiro que estar pronta para depois começar suas lutas. A democracia brasileira é muito nova, até mesmo incipiente se olhada na perspectiva das 'velhas' democracias. Por isso mesmo, é na sua construção que se cultivam valores cívicos, se mudam as regras do jogo que lhe são adversas e se introjetam direitos. Em síntese, não há requisitos *a priori* para construir uma genuína democracia participativa, deliberativa. Ela se molda numa caminhada demorada e conflituosa, iterativamente: aprendendo, errando, acertando. E o estado do Rio Janeiro é o melhor exemplo.

Referências

BRAGA, R. S. Entrevista concedida a Antonio Agenor de Melo Barbosa. *Vitruvius*, Ano 6: 6, jun. 2005. Disponível em: <www.vitruvius.com.br/entrevistas/read/entrevista/06.021/3319?page=6>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 33, de 23 dez. 1992. Aprova o documento "Diretrizes para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde". *Diário Oficial da União,* Brasília, 15 jan. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 4 nov. 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 4 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Rumo à 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório da Oficina Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde, 18-19 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Luta pela Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.* Brasília: Ministério de Saúde, 2006. (Série D: Reuniões e Conferências)

CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO RIO DE JANEIRO (FUNDAÇÃO CIDE). Banco de Dados Municipais. Disponível em: <www.faperj.br/boletim_interna.phtml?obj_id=2805>. Acesso em: 14 jul. 2010.

CÔRTES, S. (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DELGADO, M. M. & ESCOREL, S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *Divulgação em Saúde para Debate*, (43): 79-95, 2008.

ESCOREL, S. & DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulgação em Saúde para Debate*, (43): 62-78, 2008.

FARIAS, F. Clientelismo e democracia capitalista. Elementos para uma abordagem alternativa. *Revista de Sociologia e Política*, (15): 49-65, 2000.

FLEURY, S. & LOBATO, L. V. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

GUIMARÃES, I. Entrevista. *Democracia Viva*, 36: 20-31, 2007. Disponível em: <www.ibase.br/userimages/DV_36_entrevista1.pdf>. Acesso em: 24 set. 2009.

GOULART, F. Dilemas da participação social em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 34(84): 18-30, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Produto Interno Bruto dos Municípios,* 2003-2007 (Tabela 1). Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatística/economia/pibmunicipios/2003_2007/tab01.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

LABRA, M. E. Análise de políticas públicas, modos de *Policy Making* e intermediação de interesses. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 9(2): 131-166, 1999.

LABRA, M. E. *Política, Processo Decisório e Informação*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2002. (Texto Didático: Curso a Distância Gestão da Informação e Tecnologias em Saúde.)

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LABRA, M. E. Lecciones de la experiencia participativa en salud en Barcelona y Río de Janeiro. *Saúde em* Debate, 30(73/74): 287-300, 2006.

LABRA, M. E. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? *Saúde em Debate*, (43): 106-117, 2008.

LABRA, M. E. Política nacional de participação em saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. *In*: FLEURY, S. & LOBATO, L. V. (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MARIANO, R. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Estudos Avançados,* 18(52): 121-138, 2004.

MOREIRA, M. R. & ESCOREL, S. (Coords.). Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS. *In*: PARTICIPANETSUS. Estrutura virtual de trabalho e pesquisa desenvolvida no âmbito da pesquisa. Brasília, 2007. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>.

PAIM, J. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(2): 167-183, 1986.

PARTICIPANETSUS: *Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde: construa o controle social em rede*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde, 2007. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano – Brasil,* 2009. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 1991 e 2000. Disponível em: <www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-%2091%2000%Ranking%20 decrescente%20(pelos%dados%20de%202000).html>. Acesso: 15 jul. 2010.

SANTOS JR., O.; RIBEIRO, L. C. & AZEVEDO, S. Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. *In*: SANTOS JR., O.; RIBEIRO, L. C. & AZEVEDO, S. (Orgs.). *Governança Democrática e Poder Local*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SILVA, A. B. *Multimídia e Conectividade entre os Conselhos de Saúde: a plenária virtual permanente*, 2005. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SILVA, A. B. & LABRA, M. E. Plenária virtual permanente: em busca da interlocução entre os conselhos de saúde. *Ciência da Informação*, 36(2): 106-177, 2007.

SILVA, I. & LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1): 161-170, 2001.

SOUZA, R. B. *Clientelismo e Voto em Campos dos Goytacazes*, 2004. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado: Universidade Estadual do Norte Fluminense.

TANAKA, O. Y. *et al*. Gerenciamento do setor saúde na década de 80 no Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 26(3): 85-194, 1992.

TERRA, D.; OLIVEIRA, E. L. & GIVISIEZ, G. H. Os municípios "novos ricos" do petróleo são mais solidários com sua população? *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE O PODER LOCAL, X, 11-13 dez., 2006, Salvador. *Anais...* Salvador, 2006.

WERNECK VIANNA, L. A política e a religião pelo método confuso. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 19 ago. 2001, p. 10.

XAVIER, L. N. Inovações e (des)continuidades na política educacional fluminense (1975-95). *In*: FREIRE, A.; SARMIENTO, C. E. & MOTTA. M. S. (Orgs.). *Um Estado em Questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

A Coordenação Federativa na Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no Estado do Rio de Janeiro

5

Marismary Horsth De Seta
Sulamis Dain
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Vera Lúcia Edais Pepe

O sistema regulatório da qualidade e segurança de produtos e serviços que interessam à saúde no Brasil, que se denomina vigilância sanitária, apresenta peculiaridades decorrentes do processo histórico de desenvolvimento do país, do regime federativo brasileiro e do sistema de saúde e de sua reforma. Analisar em profundidade e extensão esse sistema regulatório é tarefa de fôlego, que escapa aos objetivos deste capítulo.

Além disso, um esclarecimento adicional é necessário: este capítulo se refere à vigilância sanitária e à montagem de seu sistema nacional, mas há a questão da 'vigilância da/na/em saúde'. Sobre essa é importante dizer que há uma polêmica sobre seu significado e sua manifestação na realidade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto no nível das práticas como no arcabouço institucional sanitário das três esferas de governo.[1]

No contexto brasileiro – marcado por desigualdades entre estados e regiões, por heterogeneidade estrutural dos entes federativos e pelo papel residual da esfera estadual, como é sobejamente conhecido –, é possível pensar em um papel diferenciado para essas esferas na construção do sistema nacional de vigilância sanitária levando em consideração suas características e seus requerimentos?

Na tentativa de responder a essa indagação, dos quatro princípios básicos que orientam qualquer sistema federativo – autonomia, coordenação, cooperação e equilíbrio estrutural (Amaral Filho, 1999) –, selecionou-se a coordenação. Ela é indispensável ao alcance da cooperação e, junto com a cooperação, visa a reduzir o desequilíbrio estrutu-

---

[1] Com foco na construção de sistemas locais de saúde e na reformulação do modelo assistencial, encontram-se sistematizadas três vertentes da chamada 'vigilância da/à/em saúde' (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). A primeira equivale à análise da situação de saúde, a abranger doenças e agravos para além do tradicional na vigilância epidemiológica, às doenças transmissíveis. A segunda corresponde à integração institucional das vigilâncias epidemiológica e sanitária, e concretizou-se mediante a criação de estruturas de vigilância da/em saúde, nas esferas subnacionais, na primeira metade da década de 1990. A terceira pretende ser um modelo de atenção alternativo, com redefinição das práticas sanitárias e incorporação de outros sujeitos, inclusive a representação da população organizada. No seu nascedouro, a terceira vertente se detinha nos serviços de saúde, não integrando a vigilância sanitária. Há quem afirme, baseando-se na primeira vertente, que a vigilância sanitária não integra o campo da vigilância em saúde (Silva Junior, 2004).

ral e cabe principalmente às esferas de governo de maior abrangência pelo seu potencial redistributivo e redutor de desigualdades. Como o regime federativo é marcado por cooperação e competição entre entes dotados de autonomia, para o êxito do arranjo federativo é fundamental a compatibilização entre a autonomia de cada ente e a necessária cooperação entre eles (Abrucio & Costa, 1998), que se obtém mediante a coordenação federativa.

É a partir da coordenação federativa na perspectiva das esferas federal e estadual que se explora, neste capítulo, a montagem do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e se faz uma aproximação ao estado do Rio de Janeiro e a seus municípios, no que concerne à vigilância sanitária.

O texto está organizado da seguinte forma: Vigilância sanitária – características e requerimentos especiais; Indução federal – a norma como mecanismo de coordenação federativa; Coordenação federativa na construção do SNVS – agregando repasses financeiros e negociação; A vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro – estruturação dos serviços e coordenação federativa, até 2005; e, por fim, Considerações finais.

Vigilância Sanitária: características e requerimentos especiais

A vigilância sanitária é uma prática de saúde coletiva, típica do estado, que deve intervir sobre os riscos à saúde da população, sejam eles decorrentes do meio ambiente ou do processo de produção, comercialização e consumo de bens, bem como da prestação de serviços de interesse sanitário. Ela integra o SUS por determinação constitucional, mas, a despeito disso, não é realizada em todo o território nacional por todos os entes que constituem a federação. Dados do Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, realizado em 2004, apontaram para um número significativo de municípios – 746 ou 13,4% dos 5.564 existentes – sem esse tipo de serviço. Além disso, em 23,7% dos municípios que informaram possuí-lo, há apenas um trabalhador de vigilância sanitária.

A vigilância sanitária detém, historicamente, o poder de polícia administrativa no campo da saúde – sua face mais visível para a sociedade e que a legitima. Essa face assume a forma das ações de fiscalização e de inspeção sanitária. Todavia, a vigilância sanitária não deve ser reduzida ao poder de polícia, para o exercício do qual é necessário estar investido na função pública, o que se traduz em requerimentos específicos para essa força de trabalho em relação à formação profissional e ao tipo de vínculo. Quanto ao tipo de vínculo é necessário que os profissionais sejam agentes públicos (concursados ou comissionados investidos na função), senão seus atos podem ser invalidados. Os requerimentos técnicos são extensos para o controle sanitário dos objetos a ela sujeitos e, quanto à formação profissional, além dos aspectos técnico-científicos (sanitários ou referentes às tecnologias de produção e de processos de prestação de serviços), há os referentes ao campo da administração pública.

Mesmo que a vigilância sanitária não se reduza ao poder de polícia, é devido a esse poder que sua capacidade de intervenção sobre os problemas sanitários é assegurada. Seus modos de atuação, muito mais abrangentes que as ações de fiscalização sanitária, compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos,

autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade.[2] Os dois últimos tipos de atividades, educação em saúde e comunicação com a sociedade, são fundamentais. Mas, é dos dois primeiros que decorre o caráter regulatório, de regulação social – com impacto econômico – no campo da saúde.

Esse caráter regulatório implica que a vigilância sanitária não seja exercida por particulares e sim pelo Estado, o que contribui para que seja considerada como um bem público. Além disso, a vigilância possui outras características: não tem caráter excludente, todas as pessoas poderão usufruir dela de forma igual, sem custos adicionais; e não tem caráter de rivalidade, ou seja, a utilização por uma pessoa não diminui a sua disponibilidade para outra. Ademais, apresenta alta externalidade, ou seja, pela sua atuação ou omissão existem importantes efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos.

Além dos potenciais benefícios sanitários gerados pela ação da vigilância sanitária no que concerne à qualidade e segurança de produtos e serviços colocados à disposição da população, tem se apontado efeitos positivos também em outros campos, notadamente no contexto da globalização da economia. Neste, o aumento dos chamados 'riscos tecnológicos' e a sua tendência a se espraiar, rápida e desigualmente, por diferentes espaços geográficos (Porto & Freitas, 1997; Bodstein, 2000; Rigotto & Augusto, 2007), impõem a necessidade de ação regulatória no âmbito nacional e internacional.

No âmbito internacional, ocorrem processos de "internacionalização da regulamentação sanitária" (Lucchesi, 2003), também chamada de harmonização da legislação sanitária. Estabelecida em foros multilaterais, a harmonização dessa legislação serve também para a preservação de interesses econômicos e para a obtenção de vantagens relativas aos países mais desenvolvidos que têm melhores sistemas regulatórios. A esse respeito, há que se considerar que a regulamentação sanitária funciona como uma barreira não alfandegária, não tarifária, ao comércio. Em face da defesa do 'livre comércio mundial', essas barreiras têm crescido em importância, ao mesmo tempo que os acordos multilaterais no âmbito do Acordo Geral sobre Pautas Aduaneiras e Comércio (Gatt) buscam estabelecer que elas se ancorem em evidências científicas, de difícil obtenção pelos países menos desenvolvidos. Por isso, melhores sistemas regulatórios contribuem para o aumento na competitividade, seja considerando a obtenção de produto de melhor qualidade e mais seguro, seja considerando a competição internacional por mercados no contexto da economia globalizada.[3]

---

[2] Como a ênfase do texto é no caráter regulatório da vigilância sanitária, não se pretendeu esgotar todo o escopo das atividades realizadas. Por exemplo, não se encontram relacionadas de forma individualizada as atividades de investigação e identificação de riscos, vinculada à inspeção, nem de investigação de agravos e de surtos relacionados com os objetos sob seu controle. Também não se incluíram as atividades relacionadas ao monitoramento, seja de reações adversas, seja de processos.

[3] "Pode-se dizer que um bom sistema de regulamentação e controle sanitário é importante para uma política de bem-estar social e, também, que, nos países periféricos, ele sofre a mesma lógica de minimização em favor da competitividade econômica [em relação ao mercado interno]. Em termos econômicos, essa minimização favorece os países centrais que têm instituições mais fortes e melhores estruturas de regulamentação e controles sanitários, motivo pelo qual seus produtos gozam de credibilidade adicional. Sem barreiras alfandegárias, estes entram facilmente nos mercados dos países em desenvolvimento, onde o controle sanitário é deficiente e precário" (Lucchesi, 2003).

Frente a isso, cabe ao Estado promover a estruturação de um sistema nacional de vigilância sanitária que seja reconhecido, nacional e internacionalmente, por sua competência e capacidade regulatória, que facilite, não só a entrada dos produtos no mercado internacional, mas qualifique o mercado interno e garanta ao cidadão o direito de consumir produtos e serviços de saúde de qualidade.

Indução Federal: a norma como mecanismo de coordenação federativa

Nos últimos anos, a vigilância sanitária retomou espaço na agenda reformista da saúde. Essa retomada, que não se deu de forma contínua no tempo, ocorreu na medida em que se assume que, mesmo marginalmente, a vigilância integrou a agenda reformista na década de 1980 e, também por isso figura entre as competências do SUS na Constituição de 1988 (CF88).

Para essa retomada contribuíram a maior visibilidade de problemas sanitários relacionados à sua área de atuação, a (re)tomada da consciência de seu potencial de intervenção, o aumento do volume de recursos de que se passou a dispor e o processo de reforma do Estado brasileiro que propiciou a constituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de caráter regulatório.[4] Entre as competências definidas para a Agência, mediante a lei n. 9.782/99 (Brasil, 1999) que a instituiu, consta coordenar o SNVS.

Embora se possam identificar, desde longa data, ações cooperativas entre os entes federados na resolução de algum problema do campo de atuação da vigilância sanitária, esse sistema é de constituição relativamente recente. Por exemplo, alguns diplomas legais da década de 1970 dispunham sobre o papel dos serviços de vigilância sanitária das esferas federal, estadual e municipal, mas só em meados dos anos 80 a necessidade de descentralização e de maior articulação entre os serviços correspondentes dessas três esferas de governo foi explicitada no Relatório da Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, de 1986 (Brasil/MS, 1986).

A constituição do SNVS aflorou nos documentos legais em 1994 – quase vinte anos depois da instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), com a portaria n. 1.565 (Brasil/MS, 1994). Com ela, buscou-se romper com a fragmentação das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e em saúde do trabalhador e, ainda, enfatizar a descentralização das ações como municipalização. Incorporavam-se às demais ações de saúde, inclusive as assistenciais, ao SNVS, e assumia-se o caráter intersetorial da vigilância

---

[4] A constituição da Agência ainda hoje suscita polêmica, tanto pelo seu modelo organizacional de autarquia especial dotada de elevada autonomia, independência financeira e de dirigentes que têm mandato definido, quanto pelas áreas de atuação que ela incorpora ou não. Todavia, desde o início de sua constituição, os dirigentes dos serviços estaduais da vigilância sanitária são unânimes em reconhecer que ela trouxe avanços significativos (Lucchesi, 2001). Abrucio (2005), ao ressaltar a capacidade de coordenação federativa das políticas pelo Ministério da Saúde, reforça que essa se associa à capacidade burocrática do governo federal, em que se destaca a reorganização administrativa, "com aperfeiçoamento do pessoal e constituição de duas agências reguladoras essenciais", uma delas a Anvisa. A respeito da construção da Anvisa, ver Piovesan (2002).

sanitária, bem como a necessidade de sua articulação com outras instâncias. Nesse sentido, a concepção veiculada nessa portaria diferia do que veio a se implantar, em 2003, no Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), durante o primeiro Governo Lula.[5]

Essa secretaria estendeu sua influência na vigilância sanitária, por meio da instituição da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), que incorporava algumas ações básicas de vigilância sanitária (Brasil/MS, 2004a); da delegação de competência à SVS/MS para coordenar a avaliação do desempenho da Anvisa no que tange ao Contrato de Gestão, que rege as relações da Agência com o ministério da Saúde durante a gestão do ministro Humberto Costa; da formalização da competência da SVS/MS para "formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, bem como regular e acompanhar o contrato de gestão da vigilância sanitária", durante a gestão do ministro Agenor Álvares.

Entretanto, após quatro anos de vigência da portaria n. 1.565/94 (Brasil/MS, 1994), conclui-se que o SNVS apresentava incipiente processo de estruturação e de descentralização. A estrutura da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (então, SVS/MS) era insuficiente para o desempenho de suas atividades: 63% dos estados não detinham pessoal qualificado; 33% enfrentavam carência de equipamentos, veículos, legislação apropriada ou informações sobre as unidades a serem fiscalizadas; e 58% não acompanhavam a atuação da esfera municipal na área. Em 66% dos municípios auditados, o número de agentes era insuficiente (Brasil/TCU, 1999).

Ademais, em relação à vigilância sanitária e ao seu sistema nacional, aponta-se para a "falta de mecanismos formais e legais de coordenação – no plano horizontal, para a construção conjunta de políticas e programas; no plano vertical, para a eficiência da comunicação e da ação de cada estado com o nível central", a sugerir um arranjo sistêmico de baixo grau de coesão entre os componentes (Lucchesi, 2001: 274). Para essa coordenação poderia contribuir um (ainda inexistente) sistema de informações estruturado que interligasse os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo.

Efetivamente, o SNVS só começou a se conformar no final dos anos 90, quando foram descentralizados recursos financeiros para estados e municípios no bojo da implementação da Norma Operacional Básica (NOB/01/96) e criada a Anvisa. Essa criação pode ter correspondido ao incremento das condições institucionais por parte da esfera federal, necessárias para o processo de descentralização das políticas sociais alcançado no governo de Fernando Henrique Cardoso (Arretche, 2002).

No caso da vigilância sanitária, comparativamente a outras atividades que integram a política de saúde, a descentralização se inicia no contexto de ausência de políticas prévias

---

[5] No primeiro Governo Lula, em 2003, criou-se a SVS/MS, a partir do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi). Em documento do Ministério da Saúde, o modelo implantado na gestão de Humberto Costa figura como sendo de integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Mas, na prática, vem se conformando como o que corresponde à análise da situação de saúde, em função da centralidade conferida à Epidemiologia e ao Controle de Doenças (ECD), seguindo o modelo de intervenção do Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

de cunho nacional que concorressem para a estruturação de serviços correspondentes nas esferas subnacionais (De Seta, 2007) e na vigência da CF88.[6] É importante observar que a CF88 recuperou as bases federativas do Estado, impactou o processo de descentralização das políticas públicas pela autonomia das esferas subnacionais (Arretche, 1999), colocando a necessidade de indução federal para essa descentralização. Acrescente-se a esse contexto a estrutura decisória do SUS, com representação das três esferas de governo, em que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) se constitui em potencial ponto de veto às políticas emanadas do governo central, o que implica na necessidade permanente de negociação para a implementação de projetos de mudanças.

A esse quadro complexo, soma-se a já citada precariedade estrutural do serviço federal de vigilância sanitária, bem como a baixa prioridade a ele atribuída, que pode ser ilustrada pelas baixas dotação e execução orçamentárias, conforme apontado por Lucchesi (2001).

A partir da implementação da NOB 01/96 que, pela primeira vez, passou a incluir critérios referentes à vigilância sanitária e sua descentralização, houve crescimento na dotação e na execução orçamentária do serviço federal – mormente com o crescimento de suas receitas próprias que, em 2005, já remontavam a 55,1% do total de receitas orçamentárias –, naquela conjuntura de implementação da NOB 01/96 que, pela primeira vez, passou a incluir critérios referentes à vigilância sanitária e sua descentralização. Com isso, propiciou-se a inauguração de repasses financeiros regulares e automáticos aos entes subnacionais, específicos para a vigilância sanitária.

Esses repasses financeiros representam um dos mecanismos que favorecem a chamada coordenação federativa, de responsabilidade das esferas mais abrangentes de governo, indispensável ao alcance da cooperação entre os entes. As transferências financeiras intergovernamentais podem permitir o planejamento de uma política nacional de desenvolvimento e a redução das desigualdades, por meio da redistribuição de recursos entre entes da mesma esfera de governo (Abrucio, 2002, 2005). A Anvisa exerceu de forma diferenciada, para estados e municípios, essa coordenação federativa no desenvolvimento do SNVS, e para esses entes subnacionais, em diferenciados graus ao longo dos últimos dez anos, conforme será abordado a seguir, cujas repercussões ainda não foram plenamente avaliadas.

Coordenação Federativa na Construção do SNVS: agregando repasses financeiros e negociação

Anteriormente se mencionou que as transferências financeiras intergovernamentais representam um dos mecanismos para o exercício da coordenação federativa que servem

[6] Uma das atividades referidas nesse parágrafo é a vigilância epidemiológica, cuja estruturação sistêmica tem seu marco na V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, e na legislação correspondente (decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976). A descentralização das ações de vigilância epidemiológica, nos anos 90, encontrou a esfera estadual minimamente estruturada pela existência de políticas prévias, tais como a Campanha de Erradicação da Varíola na década de 1960; e pela forte coordenação federativa possível durante o governo militar, bem como pelo cofinanciamento desse sistema pelas esferas subnacionais (De Seta, 2007).

ao desenvolvimento de programas de âmbito nacional, de natureza redistributiva. Os outros dois mecanismos são: a fixação de regras e normas legais para decisão e atuação compartilhadas e o estabelecimento de fóruns federativos.

A coordenação federativa exercida pela esfera federal para desenvolvimento do SNVS, no caso pela Anvisa, variou substancialmente nos últimos dez anos, principalmente no aspecto das relações de caráter financeiro, sendo diversa nos períodos 1998 a 2003; 2004 a 2006; e após o Pacto de Gestão, a partir de 2006.

De 1998 a 2003, ocorreu um processo *sui generis* de descentralização dos recursos financeiros e das ações de vigilância sanitária.[7] Essa descentralização, diferentemente do ocorrido para as ações de assistência à saúde, teve por base um processo de "estadualização", em vez de municipalização. Levcovitz, Lima e Machado (2001), ao se referirem à descentralização das vigilâncias sanitária e epidemiológica, afirmam:

> Apesar de a NOB SUS 01/96 ter abordado essas duas áreas, além da assistência, em uma tentativa de integração global da política de saúde, na prática as três áreas seguiram regulamentações específicas, sendo os dispositivos da NOB aplicados praticamente só à descentralização da assistência. (Levcovitz, Lima & Machado, 2001: 289)

Todavia, o modelo de classificação por complexidade e custo empregado no campo das ações assistenciais serviu de referência para a vigilância sanitária classificar suas ações.[8] Mas, o relevante é que as transferências de recursos federais mediante convênios perderam importância relativa, e repasses automáticos e regulares de recursos passam a ser feitos para as vigilâncias sanitárias das esferas subnacionais, após 1998, com a implementação da NOB 01/96.[9]

O período de 1998 a 2003 pode ser caracterizado pela interlocução preferencial – quase exclusiva – com a esfera estadual, embora as transferências regulares e automáticas para os municípios também ocorressem. Na negociação, exceto nos momentos de formalização dos acordos nas comissões intergestores, a esfera estadual era representada, segundo delegação dos secretários estaduais, pelos dirigentes dos respectivos serviços de vigilância, integrantes da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass).

---

[7] *Sui generis* principalmente por dois motivos: centrou-se no reforço a esfera estadual; e seguiu regras próprias. A descentralização das ações de vigilância sanitária após a NOB 01/96 seguiu regras próprias. Embora adotando a classificação das ações de vigilância segundo níveis de complexidade, a exemplo da área assistencial, não se vinculou a realização das ações assim classificadas à certa modalidade de gestão na qual o ente estava enquadrado (De Seta & Silva, 2006).

[8] Mediante a portaria SAS n. 18, de 21 de janeiro de 1999 (Brasil/MS, 1999), as ações de vigilância sanitária foram classificadas em: baixa (ações básicas), média e alta complexidades. Não se estabeleceu correspondência entre a complexidade das ações e a modalidade de gestão em que estava enquadrado o ente subnacional, nem se fixou tabela para remuneração.

[9] Na NOB SUS 01/93 foram mencionadas algumas responsabilidades quanto à vigilância sanitária para estados e municípios, ao pleitearem certas condições de gestão. Todavia, no país como um todo, não houve avanço significativo na organização descentralizada da vigilância sanitária em decorrência de sua implementação, o que se pode atribuir a não se contar sistematicamente com os outros dois mecanismos de coordenação federativa: os fóruns federativos e as transferências financeiras regulares.

A esfera municipal passou a receber recursos federais repassados fundo a fundo, a partir do primeiro semestre de 1998. O montante correspondia a um valor *per capita* de R$ 0,25, multiplicado pela população residente. Esse montante representava uma fração do PAB variável, o Incentivo às ações Básicas de Vigilância Sanitária – também conhecido como Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS ou PAB/Visa), destinado ao custeio das ações básicas de vigilância sanitária.

Em 2000, pesquisa encomendada pela Anvisa apontou que 68% dos municípios informaram possuir serviço municipal de vigilância sanitária, ao passo que 78% informaram uma pessoa responsável pelas ações de vigilância sanitária. Dos que não possuíam serviço de vigilância sanitária, 55% dos municípios tinham até 10.000 habitantes; 27%, entre 10.000 e 50.000 habitantes; 15%, entre 50.000 e 100.000 habitantes. Quanto aos recursos financeiros, 65,7% dos municípios informaram ter conhecimento do repasse do PBVS, sendo que nos municípios de até 10.000 habitantes, esse percentual se reduzia para 55%. Quanto ao uso dos recursos do PBVS, 50% dos municípios declararam reservá-los exclusivamente ao órgão ou a ações de vigilância sanitária. O uso de fontes adicionais para as ações de vigilância sanitária foi referido por 39% dos municípios da amostra (Nescon/UFMG, 2000).

Representando um valor nominal relativamente pequeno no volume total de transferências para a saúde, esses repasses financeiros do PBVS tinham livre uso pelas municipalidades e não se acompanhavam de condicionalidades ou compromissos de execução de metas. Portanto, embora estivesse presente um dos três mecanismos de se exercer a coordenação federativa, no caso, as transferências financeiras, essa foi relativamente mais frágil para os municípios que para os estados.

A relação com os estados, nesse período, era mediada pelo Termo de Ajuste e Metas (TAM), pactuado entre a Anvisa e cada estado, que continha metas a serem alcançadas, tanto finalísticas, centradas na inspeção sanitária, quanto organizativas (De Seta & Silva, 2001). Essas metas finalísticas do TAM – estabelecidas conjuntamente – configuravam uma cooperação vertical que guardava correspondência com a missão da esfera federal e com seus próprios compromissos de redução dos riscos à saúde.

Os repasses federais para os estados compunham-se de duas parcelas: 1) valor *per capita* de R$ 0,15 por ano, multiplicado pela população de cada unidade federada; e 2) valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS) por fato gerador.[10] Da aplicação desses critérios, valor *per capita* estadual e TFVS, resultavam os tetos financeiros para o financiamento das ações de média e alta complexidades, que cabiam a cada estado, já que, via de regra, eram eles que executavam essas ações. Mas, para fomentar a descentralização no âmbito dos estados, estava previsto que, do valor *per capita* de R$ 0,15/habitantes/ano multiplicado pela população de cada unidade federa-

[10] Fato gerador: ação que gera a receita arrecadada. Para o cálculo do valor nominal da segunda parcela, classificavam-se os estados segundo o número dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados por macrossetor de atuação (medicamentos, alimentos e tecnologia em serviços de saúde), cada um com peso diferenciado. A ponderação da distribuição quantitativa dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em relação aos macrossetores e à procedência das taxas recolhidas determinava o valor destinado a cada estado.

da, destinados aos estados, no mínimo R$ 0,06/habitantes/ano seriam repassados aos municípios como incentivo à municipalização.

Assim, mediante o TAM, os estados passaram a receber: 1) a partir de agosto de 2000, o repasse de fração da TFVS, recolhida pela Anvisa; e 2) a partir de outubro de 2001, também, outro repasse para o financiamento das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária (MAC-Visa). Além da execução das ações, com esses recursos muitos estados empreenderam a modernização de sua infraestrutura, de forma que os repasses federais possibilitaram um processo, ainda que desigual, de estruturação dos serviços de vigilância sanitária, mormente na esfera estadual.

Dentre os fatores que podem ter contribuído para a eleição desse modelo de descentralização no período 1998-2003, que reforçava a esfera estadual, pode-se supor: 1) a ocorrência de certo pragmatismo da direção da Anvisa em escolher pactuar com 26 estados, em vez de incorporar ao processo o quantitativo existente de municípios, ou a sua visão de que descentralizando para os estados, estes fariam o processo de descentralização para os municípios; 2) o respaldo político assegurado à Anvisa na gestão de José Serra, o que a legitimava no processo de negociação; e 3) o papel de negociação política, assumido pela Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conass.

A coordenação federativa pela esfera federal com base em transferências financeiras, normas legais, compromissos negociados que podem configurar atuação compartilhada – inspeção pelo estado integrando o processo, por exemplo, de concessão de registro de medicamentos –, resultou na estruturação e modernização dos serviços estaduais de vigilância sanitária.

Os serviços estaduais ficariam com a responsabilidade de promover a descentralização das ações de vigilância sanitária no âmbito de seu território. A avaliação por parte da Anvisa de que isso não ocorreu a contento, bem como a existência de saldos financeiros dos recursos repassados aos estados,[11] motivou a introdução da esfera municipal no processo de pactuação, em 2003, rompendo-se a regra, até então estabelecida, da interlocução privilegiada com a esfera estadual. É provável que dois outros fatores também tenham influenciado essa decisão da Anvisa: a experiência prévia na gestão municipal do então diretor-presidente e certa crise enfrentada pela Anvisa no novo governo eleito.[12]

Em 2002, constitui-se o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária (CIT/Visa) da CIT. Esse comitê, que funcionou até abril de 2006, era formado pelos cinco diretores da Anvisa; cinco representantes da Câmara Técnica do Conass, coordenadores de vigilância sanitária dos estados; e cinco representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de

---

[11] Nessa época, a baixa execução não era exclusiva da vigilância sanitária. Três estados e o Distrito Federal apresentaram execução financeira dos recursos do VigiSus, em 2003, abaixo de 50%, e 14 estados executaram entre 50 e 70 % dos recursos (CIT, reunião de 18/09/2003).

[12] Sua característica organizacional de autarquia especial, bem como sua condição de agência reguladora, podem ter-lhe criado dificuldades de relacionamento no âmbito do Ministério no novo governo que se instituiu. Este era portador de um discurso de redução da autonomia na definição da política setorial pelas agências, mais direcionado àquelas que fazem regulação econômica. Esse discurso foi amplamente veiculado na imprensa e em fóruns específicos.

Saúde (Conasems).[13] Ele procedeu à discussão de novas diretrizes para descentralização e financiamento que, após a aprovação pela CIT, transformaram-se na portaria GM, n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003 (Brasil/MS, 2004a), então uma nova regra para o exercício da coordenação federativa na construção do SNVS.

A portaria GM, n. 2.473 (Brasil/MS, 2004a), cuja implementação se fez sentir a partir de 2004, definiu as responsabilidades das três esferas de governo quanto ao sistema, fluxos de decisão para descentralização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária e mudanças nos repasses federais, com incorporação da esfera municipal ao processo.

Com ela estabeleceu-se, para os municípios que pactuassem a execução das ações de média e alta complexidades, após aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação pela CIT, um valor diferenciado repassado fundo a fundo. Esse valor era composto por: valor mínimo de R$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser deduzido do teto estadual; e valor de R$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser alocado pela Anvisa. Assim, embora ainda de pequena monta, os recursos repassados aos municípios que pactuassem aumentaram, perfazendo um mínimo *per capita* de R$ 0,20, em parte à custa da redução dos repasses para os estados, em parte ao repasse complementar de R$ 0,10 por habitante/ano, aportado pela Anvisa. Como resultado dessa política, 791 municípios, dos 5.564 existentes, aderiram à descentralização das ações de média e alta complexidades.

Com o Pacto de Gestão, de 2006, as diretrizes para a organização e o financiamento do setor saúde se modificam,[14] passando os recursos da vigilância sanitária a integrar o bloco de financiamento da vigilância em saúde. À regulamentação dos blocos de financiamento, contida na portaria GM, n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (Brasil/MS, 2007a), segue-se a portaria, n. 1.998, de 21 de agosto de 2007 (Brasil/MS, 2007b) que regulamentou, especificamente, o componente 'vigilância sanitária' do bloco de financiamento da vigilância em saúde. Os critérios estabelecidos nessa portaria se mantiveram para 2008, na portaria n. 133, de 21 de janeiro (Brasil/MS, 2008).

Entre as principais modificações introduzidas após o Pacto de Gestão, principalmente em 2007, podem ser enumeradas: a extinção da classificação das ações de vigilância sanitária por nível de complexidade (com base na portaria SAS, n. 18) e do TAM; a instituição de um elenco norteador que contém dois grupos de ações – ações de estruturação e fortalecimento da gestão e ações voltadas ao gerenciamento do risco sanitário; a instituição de dois tipos de pisos para os municípios – estruturante e estratégico; e de um piso estratégico para os

---

[13] O Conasems não tinha, à época, uma Câmara Técnica de Vigilância Sanitária, como a do Conass. A partir de 2003, passa a ter um Núcleo de Promoção e Vigilâncias em Saúde.

[14] Algumas mudanças importantes vinham ocorrendo antes mesmo do Pacto de Gestão, no processo de revisão normativa do SUS. Pela portaria, n. 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004 (Brasil/MS, 2004b) revogaram-se a exigência de habilitação municipal para recebimento dos recursos do PAB, inclusive os de sua parte variável, e os respectivos critérios, exceto para os municípios que ainda não recebiam recursos fundo a fundo à época. Estabeleceu-se como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal (art. 4º) e definiram-se as responsabilidades na gestão e execução das ações de saúde por parte dos municípios e do Distrito Federal, dentre elas a "execução das ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes".

estados. O volume de recursos destinados aos estados e municípios, calculados conforme a seguir, compõem, respectivamente, os Tetos Financeiros de Vigilância Sanitária (TFVISA) a serem transferidos aos estados e aos municípios.

O TFVISA transferido aos estados resulta do cálculo do Piso Estratégico, somando-se duas parcelas: 1) valor *per capita*, calculado à razão de R$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano; 2) TFVS, repartida conforme critérios definidos e publicados na portaria n. 1.998, de 22 de agosto de 2007 (Brasil/MS, 2007). Para os estados menos populosos, com até 2.142.587 habitantes, a parcela I corresponde a R$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais), o Piso Estadual de Vigilância Sanitária.

O TFVISA transferido aos municípios resulta da soma de dois pisos: 1) Piso Estruturante, calculado pelo valor *per capita* a razão de R$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano (ou para municípios com até 20 mil habitantes, um valor mínimo de R$ 7.200,00 por ano). Esse piso se refere ao segmento estruturante do Elenco Norteador das Ações de Visa; 2) Piso Estratégico, calculado pelo valor *per capita* a razão de R$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano. Esse piso corresponde ao segmento de Gerenciamento do Risco do Elenco Norteador das Ações de Visa.

A efetividade e os efeitos da coordenação federativa após o Pacto de Gestão só poderão ser avaliados futuramente.

A Vigilância Sanitária no Estado do Rio de Janeiro: estruturação dos serviços e coordenação federativa

Conforme se afirmou anteriormente, a instituição do SNVS, mediante a portaria, n. 1.565/GM (Brasil/MS, 1994), não teve efeitos práticos de monta sobre sua organização e seu financiamento. Somente na vigência da NOB 01/96 e com a coordenação da Anvisa, com o aporte de recursos regulares e automáticos, os serviços estaduais de vigilância sanitária iniciam processo de modernização de suas estruturas e adequação de práticas. Esse processo, que não foi homogêneo em todo o país, foi acompanhado de maior ou menor grau de descentralização das ações para os municípios, nos diversos estados. Mas, antes mesmo da criação da Anvisa, alguns estados da federação empreenderam esforços para descentralizar algumas ações de vigilância sanitária para os municípios, entre esses, o Rio de Janeiro.[15]

Aqui são examinados aspectos do processo de descentralização das ações no estado do Rio de Janeiro, até 2005. Esse estado modernizou significativamente o seu serviço de vigilância sanitária que teve, por período relativamente longo, uma mesma direção, configurando relativa estabilidade no cargo (mais de oito anos), ligado diretamente ao gabinete do secretário. Esses dois aspectos conjugados são relativamente raros de serem

[15] O Paraná foi um dos primeiros estados a descentralizar para os municípios as ações de vigilância sanitária. Nesse estado, o grau de descentralização de todas as políticas públicas é maior que o do restante do país. A descentralização representou uma política que perpassou vários governos, independentemente de seu matiz ideológico.

encontrados no panorama nacional. Além disso, esse estado concentra o segundo maior parque produtivo de medicamentos do país, bem como a maior rede de serviços assistenciais públicos de saúde. Considerando os riscos potenciais envolvidos no processo de produção, circulação e consumo de bens e de prestação de serviços assistenciais de saúde, que não se restringem à sua jurisdição, é fundamental para o SNVS que esse sistema estadual esteja estruturado e em funcionamento.

A seguir se apresenta o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária com base nas normas federais e estaduais que pretenderam regê-lo e o financiamento federal da descentralização, e se analisam alguns dados de receitas e gastos municipais. Estes se referem aos nove municípios do estado do Rio de Janeiro que, em 2004, pactuaram a assunção das ações de média complexidade em vigilância sanitária, no contexto da portaria GM, n. 2.473/2003 (Brasil/MS, 2004a).

Vale ressaltar que: nos orçamentos e balanços públicos, as despesas são classificadas por funções e subfunções para atender ao objetivo de explicitar em que áreas de ação governamental a despesa será (orçamento) ou foi realizada (balanço público); a atual classificação se baseia na portaria n. 42, do então Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1999); essa classificação é de aplicação comum e obrigatória nas três esferas de governo e possibilita a consolidação nacional dos gastos do setor público; a função 'saúde' tem seis subfunções a ela vinculadas, mas aqui se enfatiza a subfunção vigilância sanitária.

Em 2002 e 2005, a vigilância sanitária estadual do Rio avaliou a situação das vigilâncias sanitárias municipais. A avaliação de 2002, que se estendeu até 2004, abrangeu 89 serviços de vigilância sanitária (exceto Macuco, Quissamã e São João da Barra). Em 2005, os 92 municípios do estado foram avaliados, e se concluiu que houve melhoria nos órgãos municipais de vigilância sanitária em relação à avaliação anterior, mas que a maioria dos serviços municipais ainda apresentava dificuldades que impossibilitavam o adequado desenvolvimento das ações de vigilância sanitária (De Seta, 2007: 125, 126). Os resultados dessas duas avaliações foram revisados e analisados comparativamente, como se segue.

A Descentralização das Ações e os Gastos Informados na Subfunção Vigilância Sanitária

A resolução n. 562/SES, de 26 de março de 1990 (SES/RJ, 1990), ainda na época do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), dispôs sobre a descentralização de ações de controle sanitário dos alimentos, centrando-se na realização, pelos municípios, de inspeções no respectivo comércio. As secretarias municipais de saúde poderiam expedir intimações, impor penalidades, inclusive multa, ter livre ingresso em todos os lugares para exercer suas ações, e se valerem dos termos oficiais.[16]

[16] Os termos oficiais compreendem: Termo de Visitas, de Coleta de Amostras, de Intimação e de Inutilização; e os autos: de Infração, de Multa, de Apreensão e Depósito. Esses instrumentos são necessários à documen-

Todavia, os mecanismos de financiamento e as condições de implementação da descentralização não estavam definidos, e a descentralização foi recebida de forma burocrática pela maior parte dos municípios (Cohen, Lima & Pereira, 2006). As Normas Operacionais do SUS editadas até 1996 não incluíam a descentralização da vigilância sanitária, e o aporte de recursos federais para a área se dava por convênio, modalidade inadequada para financiar ações contínuas.

Na NOB SUS 01/96, que passou a ter efeitos práticos em 1998, foram incluídos requisitos relacionados à vigilância sanitária e aos mecanismos de financiamento para suas ações com repasses regulares e automáticos. Seguindo o modelo utilizado no campo da assistência à saúde, as ações de vigilância sanitária foram classificadas em alta, média e baixa complexidades (portaria SAS, n. 18 – Brasil/MS, 1999).[17]

Alguns mecanismos de financiamento previstos na NOB 01/96 não foram regulamentados e implementados, tais como o Programa Desconcentrado de Vigilância Sanitária (PDVS) e o Índice de Valorização do Impacto das Ações de Vigilância Sanitária (Ivisa) – destinado aos estados –, mas foi implementado o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária (PBVS), destinado aos municípios (Levcovitz, Lima & Machado, 2001). Para os estados instituíram-se os TAM, assinados com a Anvisa; e mediante estes, os repasses de parte das TFVS, recolhidas à Anvisa; e o repasse para custeio das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária (MAC-Visa).

Os municípios passaram a receber o PBVS, de valor *per capita* de R$ 0,25, repassado fundo a fundo, a partir do primeiro semestre de 1998. Os estados passaram a receber: o PBVS dos municípios que não o recebiam fundo a fundo, a partir de março de 1998; o repasse referente às MAC-Visa, a partir de agosto de 2000; a TFVS, a partir de outubro de 2001.

De março a dezembro de 1998, destinaram-se ao estado do Rio de Janeiro, relativo ao mês de competência: a título de PBVS, R$ 1.734.923,37; de agosto a dezembro de 2000, R$ 862.959,90, como MAC-Visa; de outubro a dezembro de 2001, R$ 2.691.494,94, como TFVS (valores integralizados a partir de dados do Fundo Nacional de Saúde). O conjunto de municípios do estado recebeu o montante da multiplicação do valor *per capita* de R$ 0,25 pela população, descontando-se o valor do PBVS que foi repassado ao estado até o final de 1998.

Ainda em 1998, o órgão estadual de vigilância sanitária do estado do Rio de Janeiro, no contexto de sua reestruturação, reiniciou o processo de descentralização das ações

---

tação do processo administrativo, que precisa ser escrito e formal, bem como à própria execução do mesmo.

[17] Os procedimentos de baixa complexidade em vigilância sanitária, ou procedimentos básicos, na portaria SAS n. 18 (Brasil/MS, 1999), correspondiam ao grupo 05 do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e incluíam inspeção em: depósitos de alimentos e saneantes, rodoviárias e estações ferroviárias, drogarias e ervanarias, serviços de saúde sem internação, estabelecimentos de massagem e estética, educação e comunicação em vigilância sanitária etc. Os de média complexidade incluíam inspeção em indústria de alimentos e saneantes, clínicas de vacinação, consultório com vacinação etc. Os de alta complexidade, terapia renal substitutiva, indústria de medicamentos, hospitais, quimioterapia, estabelecimentos que lidam com radiações ionizantes etc.

de vigilância sanitária. Emitiu-se a resolução SES n. 1.262, de 8 de dezembro de 1998 (SES/RJ, 1998), que delegou competência para 25 secretarias municipais de saúde, visando à concessão, revalidação e cassação de licença de funcionamento e fiscalização de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. Foram incluídos os seguintes estabelecimentos: os de comércio farmacêutico, à exceção dos importadores; os estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação, e ainda os estabelecimentos comerciais de ótica e os serviços de radiodiagnóstico odontológico e estabelecimentos médico-veterinários; estabelecimentos de massagem e de estética, de comércio de aparelhos médicos e de veículos de transporte de pacientes.

Até 2003, os mecanismos de financiamento ficaram inalterados, e a descentralização da vigilância sanitária se deu mediante pacto da Anvisa com os estados, que se responsabilizariam pelo processo de descentralização das ações e dos recursos financeiros no âmbito do seu território.

No Rio de Janeiro não ocorreram esses repasses financeiros do estado aos municípios. Ressalte-se que, no Plano Plurianual do estado do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2003 (PPA 2000/2003), bem como no do período 2004 a 2007, figura a ação 'estruturação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária'. Ela compreende, além da estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, a construção de três laboratórios no interior do estado para complementar a atuação do laboratório Noel Nutels. Entretanto, essa ação sempre teve baixa execução orçamentária.

Em 2003, o processo de descentralização das ações e dos recursos destinados à vigilância sanitária passou a seguir a portaria GM n. 2.473, 29 de dezembro de 2003 (Brasil/MS, 2004a), a partir da qual se abriu aos municípios a possibilidade de pactuar com a Anvisa, mediante a intermediação da esfera estadual. A definição dos municípios a pactuarem as ações de média e alta complexidades seria de responsabilidade da CIB, observados os seguintes critérios: habilitação em uma das condições de gestão na NOB/SUS 01/1996 ou Noas 01/2002; pleito pelo gestor municipal à CIB; programação das atividades de média e alta complexidades a serem executadas pelo município; comprovação da estrutura e equipe técnica para realizar as ações pactuadas; e existência de conta específica no Fundo Municipal de Saúde. Manteve-se o teto financeiro dos estados para a vigilância sanitária, previsto desde 2001 (portaria n. 145/GM, de 31 de janeiro de 2001), que abrangia os recursos financeiros destinados a cada estado e a seus municípios.

Para os estados, o montante constitui-se do somatório de duas parcelas: valor *per capita* de R$ 0,15 por ano, multiplicado pela população de cada unidade federada; e valor proporcional à arrecadação das TFVS por fato gerador. Para o cálculo do valor nominal da segunda parcela, classificavam-se os estados segundo o número dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados por macrossetor de atuação (medicamentos, alimentos e tecnologia em serviços de saúde), cada um com peso diferenciado. A ponderação da distribuição quantitativa dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em relação aos macrossetores e à procedência das taxas recolhidas determinava o valor destinado a

cada estado (portaria GM n. 2.473, já citada). Da aplicação desses critérios – valor *per capita* estadual e TFVS – resultavam os tetos financeiros para o financiamento das ações de média e alta complexidades, que cabia a cada estado, já que, via de regra, eram eles que executavam essas ações.[18]

Com a edição da Noas SUS 01/2002, que reforçava o papel da esfera estadual, o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (CVS/SES/RJ) iniciou a avaliação dos serviços municipais de vigilância sanitária do estado, que se estendeu até o final de 2003, visando à adequação a essa norma. Entretanto, as regras para os repasses federais referentes à vigilância sanitária iriam se modificar e, em 2003, já estava em funcionamento o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da CIT.[19] Este, conforme visto anteriormente, passou a ser um espaço de representação também dos interesses municipais.

Em 2004, os municípios que assumiram a realização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária, além do PBVS, pela portaria GM, n. 2.473/2003 (Brasil/MS, 2004a) passaram a receber a importância correspondente ao somatório das seguintes parcelas: a) valor mínimo de R$ 0,10 *per capita*/ano, a ser deduzido do teto estadual; e valor de R$ 0,10 *per capita*/ano, a ser alocado pela Anvisa. Os recursos para os municípios aumentaram, perfazendo um mínimo *per capita* de R$ 0,20, em parte à custa da redução dos repasses para os estados. Como resultado da política consubstanciada nessa portaria, inicialmente 616 municípios do país aderiram à descentralização das ações de média e alta complexidades, e apenas nove situavam-se no estado do Rio de Janeiro. Essa portaria focalizava apenas a pactuação das ações de média e de alta complexidades, e as ações básicas eram remetidas ao âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), instituída pouco antes (Brasil/SVS, 2003).

De posse do resultado das avaliações de 2002 e 2005, e na vigência da portaria GM n. 2.473 (Brasil/MS, 2004a), o estado do Rio de Janeiro pactuou na CIB a descentralização de ações de média complexidade e editou a resolução SES n. 2.655 (SES/RJ, 2005), de 2 de fevereiro de 2005. Esta delegou competências para nove municípios executarem ações de média complexidade: Italva, Nilópolis, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Belford Roxo, São João de Meriti, Niterói, São Gonçalo e Rio de Janeiro. Descentralizou-se, assim, o controle sanitário de casas de repouso, casa de idosos e asilos; posto de coleta para análises clínicas (extra-hospitalar); laboratório de análises clínicas, citopatologia e anatomia patológica (extra-hospitalar); serviços de radiodiagnóstico médico extra-hospitalar. Nenhum município do estado pactuou a execução das ações de alta complexidade em vigilância sanitária.

---

[18] Em 2004, ao estado do Rio de Janeiro, com uma população de 14.879.118 habitantes em 2003, coube um teto financeiro de R$ 6.712.356,90, formado por R$ 2.231.867,70 – primeira parcela; e R$ 4.480.489,20 – segunda parcela (portaria 439/GM, 16 de março de 2004).

[19] Integrado pelos cinco diretores da Anvisa, cinco representantes da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conass – todos eles coordenadores estaduais de vigilância sanitária, e cinco representantes do Conasems. Entre esses, dois secretários municipais de saúde. Ressalte-se que o Conasems não tem uma Câmara Técnica de Vigilância Sanitária, como o Conass, e sim, um Núcleo de Promoção e Vigilância (em Saúde).

Na pactuação das ações de média complexidade do Rio de Janeiro, diferentemente do que ocorreu no nível nacional, predominaram os municípios com mais de 100.000 habitantes. Com isso, os municípios acabaram por receber um montante equivalente a R$ 0,45 *per capita* (incluso o PBVS).

A distribuição dos repasses federais, em 2005, para os nove municípios do estado do Rio que pactuaram a execução das ações de média complexidade em vigilância sanitária, encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Repasses para os municípios que pactuaram a média complexidade. Rio de Janeiro – 2005

Municípios	População 2005	PBVS	MAC (FNS+Anvisa)	Repasse total Visa
São Sebastião do Alto	8.747	R$ 2.186,75	R$ 1.714,20	R$ 3.900,95
Italva	12.531	R$ 3.132,75	R$ 2.515,44	R$ 5.648,19
São José do Vale do Rio Preto	21.662	R$ 5.415,50	R$ 4.090,08	R$ 9.505,58
Nilópolis	150.968	R$ 37.742,00	R$ 30.472,56	R$ 68.214,56
São João do Meriti	464.327	R$ 116.081,75	R$ 91.355,52	R$ 207.437,27
Niterói	474.046	R$ 118.511,50	R$ 93.325,68	R$ 211.837,18
Belford Roxo	480.695	R$ 120.173,75	R$ 91.440,24	R$ 211.613,99
São Gonçalo	960.841	R$ 240.210,25	R$ 185.080,32	R$ 425.290,57
Rio de Janeiro	6.094.183	R$ 1.523.545,75	R$ 1.194.816,24	R$ 2.718.361,99

Fonte: Elaboração própria a partir da Brasil/MS (2005); IBGE (2005).

A Tabela 2 evidencia as despesas declaradas na subfunção vigilância sanitária, no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) e na Secretaria do Tesouro Nacional - Finanças Municipais do Brasil (Finbra), para os municípios que pactuaram a descentralização. Destaca-se que os municípios de São Sebastião do Alto e São José do Vale do Rio Preto não têm seus dados informados em ambos os sistemas em 2005.

Ressalte-se que o fato de não constar a realização de despesas não significa necessariamente gasto zero. É que nesses dois sistemas o zero equivale, também, a valor não informado. Algum gasto provavelmente é realizado pelo poder público municipal, no mínimo com as despesas com pessoal, que são declaradas em outra subfunção, não integrante das chamadas subfunções vinculadas à saúde (atenção básica, assistência hospitalar, suporte terapêutico e profilático, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição).

Tabela 2 – Gastos informados na subfunção vigilância sanitária e receitas transferidas para municípios selecionados. Rio de Janeiro – 2005

Município	Siops 2005	Finbra 2005	Repasse federal total
Italva	6.262,61	6.262,61	5.648,19
Nilópolis	14.126,00	14.126,00	68.214,58
São João de Meriti	39.465,86	62.166,00	207.437,27
Belford Roxo	129.041,59	133.600,60	211.613,99
São Sebastião do Alto	170.088,92	Não informado	3.900,95
São Gonçalo	184.780,95	0,00	425.290,57
Niterói	192.196,83	246.352,83	211.837,18
Rio de Janeiro	14.813.415,10	16.871.721,03	2.718.361,99
São José do Vale do Rio Preto	Não informado	0,00	9.505,58

Fonte: De Seta (2007: 133).

Constata-se, em primeiro lugar, quão díspares são os dados informados nos dois sistemas, exceto para os municípios de Italva e Nilópolis. O município em que os dados informados ao Siops e ao banco de dados de Finbra são mais discrepantes é São João de Meriti, seguido de Niterói. Esse município se destaca novamente pelo patamar em que se situa a discrepância entre os valores informados nos dois sistemas, o que faz com que ele, em relação apenas aos dados do Finbra, apresente gastos superiores aos montantes transferidos.

Em segundo lugar, à exceção dos municípios de Italva e do Rio de Janeiro, os gastos declarados não ultrapassam os montantes transferidos pela esfera federal aos municípios. Isso parece corroborar Lucchesi, que, ao citar a pesquisa do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), afirma em relação ao PBVS que, "com percentuais bastante semelhantes nos municípios de todos os portes, só 50% dos municípios declararam reservar os recursos do PAB/Visa exclusivamente ao órgão ou a ações de vigilância sanitária" (Lucchesi, 2001: 21). A propósito, referindo-se à descentralização das ações de vigilância em Feira de Santana (BA), Juliano e Assis (2004) também apontam esse problema. Como no caso do Rio de Janeiro são abordados municípios que também recebem recursos para a média complexidade, fica o questionamento sobre a destinação efetiva, também desses recursos, para a vigilância sanitária.

Além dos repasses federais, as vigilâncias sanitárias do estado e dos municípios podem, por seu poder de polícia administrativa no campo da saúde, cobrar taxas e impor multas. Dos municípios que pactuaram a descentralização das ações, apenas três arrecadam taxas decorrentes da ação da vigilância sanitária. Entretanto, a não declaração da arrecadação dessa receita não significa que o poder impositivo não seja utilizado, e sim que, se captadas, essas receitas não são individualizadas em relação ao total arrecadado com o exercício do poder de polícia.

A Tabela 3 mostra os municípios que informaram ao Siops a arrecadação de taxa de fiscalização em vigilância sanitária e sua importância em relação ao conjunto de taxas

referentes ao exercício do poder de polícia pelos municípios do estado do Rio. Em destaque, em negrito, os três municípios que pactuaram a descentralização das ações de média complexidade.

Tabela 3– Importância relativa da arrecadação da taxa de fiscalização em vigilância sanitária pelos municípios do estado. Rio de Janeiro – 2005

Município	Poder de polícia	TFVS própria	Importância % da TFVS
Angra dos Reis	210.914,66	11.512,91	5
Barra Mansa	768.780,31	33.694,51	4
Cantagalo	46.220,86	8.946,27	19
Duque de Caxias	3.548.364,33	1.913.870,61	54
Guapimirim	5.542,33	5.542,33	100
Marica	372.463,88	47.338,22	13
Mesquita	116.882,31	12.762,89	11
Niterói	**3.626.473,31**	**35.654,21**	**1**
Paraíba do Sul	276.970,93	39.252,02	14
Piraí	85.274,02	83.101,28	97
Resende	240.209,85	66.558,24	28
Rio de Janeiro	**39.521.289,87**	**6.494.214,96**	**16**
São João de Meriti	**1.592.083,25**	**57.376,83**	**4**
São Pedro da Aldeia	396.628,59	3.288,95	1
Saquarema	487.440,50	18.591,27	4
Tanguá	101.386,25	76.576,92	76
Teresópolis	1.741.078,11	312.762,92	18
Valença	90.967,09	6.606,90	7
Vassouras	107.172,14	7.639,74	7
Volta Redonda	9.317,00	9.317,00	100

Fonte: De Seta (2007: 135).

A importância da TFVS em relação ao total de taxas arrecadadas com o exercício do poder de polícia é extremamente variável e só consta essa arrecadação em vinte dos 92 municípios do estado. Chamam a atenção os municípios de Guapimirim e Volta Redonda, onde a TFVS corresponde à totalidade declarada das taxas arrecadadas, seguidos de Piraí (97%). Em oito municípios dos vinte, a TFVS corresponde a menos de 10% do total arrecadado com o exercício do poder de polícia. Nesses se destacam Niterói (1%) e São João do Meriti (4%) que, com população superior a 400.000 habitantes, têm um grande número de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária e teriam potencial de arrecadação superior. Entretanto, a tabela revela a ausência de municípios grandes que não informaram arrecadação da TFVS. Dentre eles, São Gonçalo, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Campos, Petrópolis, Magé e Itaboraí, para citar apenas os que têm mais de 200.000 habitantes.

A Estruturação dos Serviços Municipais no Estado do Rio de Janeiro

A análise comparativa das duas avaliações dos serviços municipais de vigilância sanitária aponta que:

1. Quanto à coordenação dos órgãos municipais e seus recursos humanos

Os aspectos de evolução mais satisfatória foram: aumento de 26 para 47% no percentual de equipes com pelo menos um farmacêutico – considerando a descentralização das inspeções do comércio de medicamentos, essa variável é importante; investidura do coordenador na função, de 20 para 64% dos serviços avaliados. Entretanto, permaneceu quantitativamente inalterado o percentual de órgãos de vigilância sanitária sem coordenação instituída (4%). O tempo de experiência profissional na gestão da vigilância municipal reduziu-se significativamente da primeira para a segunda avaliação, ao passo que a escolaridade do coordenador da vigilância municipal aumentou, pela substituição dos coordenadores de nível médio (11,2% na primeira avaliação e 6% na segunda) por profissionais de nível superior de outras categorias profissionais que não a medicina veterinária.

Em 2005, 39% eram contratados e 1%, terceirizado. Considerando-se que o percentual de contratados na primeira avaliação era de 35%, presume-se que a regularização da situação dos coordenadores municipais se deu à custa de contratação Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que, se não for acompanhado de investidura em cargo comissionado, não lhes assegura fé pública.

Embora o percentual de municípios com equipe multiprofissional tenha se mantido inalterado, esse dado está prejudicado, visto que a definição de equipe multiprofissional variou nas duas avaliações. Na primeira considerava-se equipe multiprofissional aquela composta de três ou mais categorias profissionais. Na segunda, considerava-se a equipe mínima constante da legislação. A equipe mínima nas vigilâncias municipais vem sendo acrescida de profissionais da rede local de serviços em tempo parcial na vigilância sanitária, principalmente farmacêuticos.

2. Quanto à estrutura dos serviços municipais

Algumas variáveis evoluíram positivamente, tais como: conexão à Internet (de 54 para 73%); órgãos com pelo menos um veículo (68 para 85%) e órgãos com área física adequada (de 34 para 46%); contudo, elas ainda estão distantes de serem satisfatórias. Ressalte-se que, nos serviços municipais de vigilância, os computadores são frequentemente compartilhados com outros setores das secretarias, o que foi considerado como positivo na avaliação realizada em 2005. Mesmo assim, em 2005, 11% dos serviços avaliados não possuíam sequer um computador para uso em serviço.

Para a inserção do serviço de vigilância sanitária municipal na estrutura do governo municipal, os critérios adotados foram: consta ou não consta no organograma da secretaria municipal de saúde (SMS), não sabe informar, e SMS sem organograma. Cinco SMS não tinham organograma; em três municípios a resposta correspondeu a 'ignorado'; em 12 municípios o órgão de vigilância sanitária não consta do organograma da SMS.

Sabe-se do caso do município do Rio de Janeiro, cujo órgão de vigilância sanitária, durante o período de 2001 até 2008, não integrava a estrutura da SMS, e sim a da Secretaria de Governo, tendo sido retirada a competência do secretário municipal de Saúde no que concerne à vigilância sanitária.[20] Em função desse caso cabe a indagação: onde, na estrutura governamental municipal, os outros 11 órgãos municipais de vigilância sanitária estão inseridos? E isso é preocupante, em função do preceito constitucional da vigilância sanitária como competência do SUS.

3) Quanto ao desenvolvimento de ações

As variáveis relativas à existência de cadastro de estabelecimentos, utilização de roteiros de inspeção e ao conhecimento do coordenador sobre a destinação de recursos do PBVS ao órgão foram os que apresentaram crescimento significativo, respectivamente de 52 para 73%, de 38 para 55%, de 60 para 74%. Entretanto, apesar dessa relativa melhoria, esse cadastro deveria figurar na totalidade dos municípios avaliados, visto constituir compromisso da PPI-VS com a meta de cobertura de 100% dos estabelecimentos cadastrados para o estado do Rio de Janeiro (PPI-VS/2005).

O escopo das ações desenvolvidas pelos serviços municipais de vigilância sanitária foi investigado em 2005: 78% dos municípios realizam fiscalização de alimentos; 55% fiscalizam medicamentos; 37% fiscalizam serviços de saúde; 68% fiscalizam outros serviços, no que se incluem as inspeções de rodoviárias e creches. Ressalte-se que a inspeção de rodoviárias e creches consiste em metas pactuadas na PPI-VS, com a cobertura de 100% dos estabelecimentos, sendo os parâmetros de duas e de uma inspeção anual, respectivamente, para rodoviárias e creches (PPI-VS/2005).

Das vigilâncias sanitárias municipais, 82% e 80%, respectivamente, na primeira e segunda avaliação, declararam realizar ações educativas, as quais representavam a principal atividade desenvolvida pelo órgão. Essas ações educativas, entretanto, referem-se ao controle da dengue, da qualidade da água ou a atividades desenvolvidas junto às equipes do Programa de Saúde da Família.

A gama de ações desenvolvidas pelos serviços municipais de vigilância sanitária, em 2005, encontra-se demonstrada no Gráfico 1.

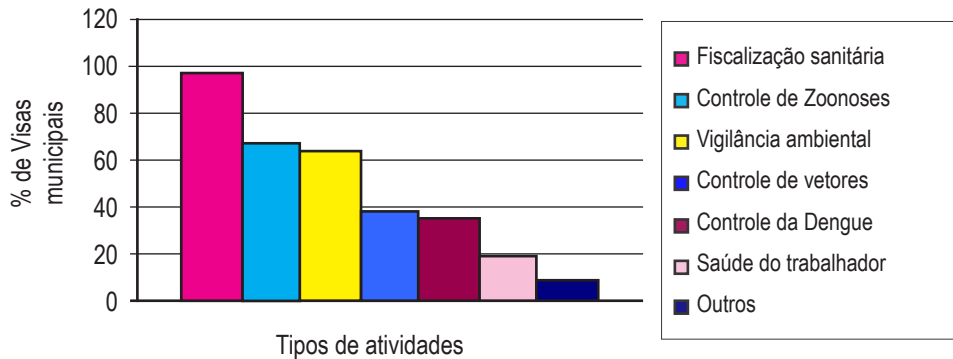
[20] Conforme o decreto n. 19.546, de 6 de fevereiro de 2001, do prefeito César Maia. "Considerando a vigência do decreto n. 19.546 de 6 de fevereiro de 2001, que delegou ao secretário municipal de governo as competências outrora atinentes ao secretário municipal de Saúde no que tange às ações da Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária, notadamente para as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Vigilância Sanitária e pela Divisão de Engenharia Sanitária (...)" (Resolução SMG n. 542, de 11 de maio de 2001).

Gráfico 1 – Atividades informadas pelos serviços municipais de vigilância sanitária. Rio de Janeiro – 2005

120
100
80
60
40
20
0

% de Visas municipais

Tipos de atividades

Fiscalização sanitária
Controle de Zoonoses
Vigilância ambiental
Controle de vetores
Controle da Dengue
Saúde do trabalhador
Outros

Fonte: De Seta (2007).

A atividade mais frequentemente informada pelas vigilâncias sanitárias municipais corresponde à 'fiscalização sanitária', mas é surpreendente que 3% dos serviços avaliados declararam não realizá-la. Talvez isso se explique pelo entendimento dessa atividade como sendo exercida por 'fiscais', e/ou pelo reconhecimento do seu não enquadramento como 'agente público investido na função' pela precariedade dos vínculos trabalhistas, e/ou pela não realização sequer das atividades relacionadas ao comércio de alimentos, o que representaria a mais grave hipótese. Grave também é o uso de termos oficiais por apenas 74% das vigilâncias municipais, quando ele seria obrigatório para abertura dos processos administrativos que integram o processo de trabalho da vigilância sanitária.

A segunda atividade em ordem de importância é o controle de zoonoses, realizado por 68% dos serviços municipais de vigilância sanitária do estado. A terceira classificada como 'vigilância ambiental' se concentra basicamente em ações de controle da qualidade da água, o que corrobora a afirmação segundo a qual o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde "adquire variadas configurações organizacionais, ora integrando departamentos de epidemiologia, ora em órgãos de vigilância sanitária, ora como departamentos autônomos" (Barcellos & Quitério, 2006).

O quarto tipo de atividades em ordem de importância é o controle de vetores, realizado por 39% dos serviços municipais de vigilância sanitária, e que figura separadamente do Programa de Combate à Dengue.

Uma Tentativa de Síntese: descentralização, coordenação e cooperação federativas na vigilância sanitária, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, até 2005

A descentralização das ações de controle sanitário de alimentos, ensejada pelo serviço estadual de vigilância sanitária, mediante a publicação da resolução n. 562/90 (SES/RJ, 1990), careceu de efetiva coordenação pelas esferas estadual e federal. Não se previram mecanismos de incentivo, e a assunção dessas atividades dependeu da vontade política dos municípios. O segundo movimento de descentralização, após o início dos repasses do PBVS para os municípios, não logrou a constituição de serviços de vigilância sanitária em todos os municípios do Rio de Janeiro, mas essa situação se dava também no nível nacional, notadamente nos pequenos municípios.[21]

No estado do Rio de Janeiro, a vigilância estadual parece ter empreendido esforços para a descentralização das ações para os municípios após a publicação da resolução n. 1.268/98 – avaliações dos serviços municipais de vigilância, promoção de fóruns de discussão, iniciativas de capacitação das vigilâncias municipais, inclusive no campo da gestão, realizados em parceria com outras instituições. Por causas que podem ser buscadas na sua própria necessidade de estruturação; ou pelo não estabelecimento do repasse financeiro como estímulo à municipalização, mediante condicionalidades, o fato é que o serviço da esfera estadual não conseguiu exercer a coordenação federativa na construção do sistema no seu âmbito, embora tenham ocorrido avanços parciais na estruturação dos serviços municipais do estado do Rio de Janeiro após 1998.

Juliano e Assis (2004), ao analisar a situação do município de Feira de Santana, na Bahia, além de dificuldades no relacionamento com a esfera estadual e sua instância regional – instância regional que inexiste no estado do Rio –, apontam para a necessidade de revisão da política de descentralização da vigilância sanitária em nível local. Os autores ressaltam que o processo de descentralização no município do estudo se caracteriza "por variações cíclicas de avanços e recuos, a depender dos interesses políticos e das relações estabelecidas entre os atores sociais responsáveis pela sua efetivação" e "ausência de um projeto político para uma gestão descentralizada das ações de Vigilância Sanitária no município" (Juliano & Assis, 2004).

No Rio de Janeiro, as relações financeiras ocorreram somente a partir da esfera federal, tanto para os municípios quanto para o estado. A cooperação financeira vertical entre o estado e os municípios, no caso da vigilância sanitária, não ocorreu. A transferência de recursos financeiros, no caso da relação entre a esfera federal e a municipal, desacompanhada do estabelecimento de metas a serem alcançadas, se possibilitou a proliferação de serviços municipais de vigilância, parece ter resultado na utilização dos recursos financeiros destinados à área em outras atividades, conforme se pode inferir dos gastos declarados

[21] A pesquisa realizada pelo Nescon/UFMG, anteriormente citada, dois anos após a instituição de repasses do PBVS, apontou que recebiam esse incentivo, mas não tinham serviços municipais de vigilância sanitária: 55% dos municípios com população até 10.000 habitantes; 27% dos que tinham entre 10 mil e 50.000 habitantes; e 15% dos municípios com população entre 50 mil e 100.000 habitantes.

pelos nove municípios do estado do Rio de Janeiro, menores que os montantes repassados. Aliás, um aspecto frequentemente veiculado na fala de coordenadores municipais de vigilância sanitária de vários estados do país.

Considerações Finais

A vigilância sanitária durante muito tempo se manteve à margem do processo mais geral de pactuação do SUS, e se pode afirmar que ela é uma das políticas na saúde que nasceram centralizadas, e assim permaneceram durante muito tempo. Em estados federativos, a assunção da gestão das políticas públicas pelas unidades subnacionais ocorre por: iniciativa própria; adesão a programa proposto por outra esfera de governo mais abrangente; e determinação constitucional (Arretche, 1999).

A determinação constitucional da vigilância como competência do SUS, que existe desde 1988, não parece ter tido peso determinante no processo de descentralização das ações. Essa inferência não decorre de certo juízo de valor, até porque se pensa que, por questões de estrutura e de contexto, dificilmente teria sido diferente por três argumentos principais, que, extremamente imbricados, são tratados nesse momento separadamente.

Em primeiro lugar, a esfera federal, ou melhor, o serviço federal de vigilância não reunia condições institucionais, antes do final dos anos 90, para contribuir na coordenação federativa da construção do SNVS. Ao mesmo tempo, para a vigilância sanitária inexistiram políticas prévias que deixassem um legado, tal como o que a Campanha de Erradicação da Varíola dos anos 60 deixou para o SNVE.

Em segundo, a coordenação federativa do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, no final dos anos 90 e início dos 2000, encontrou um contexto federativo diverso daquele dos anos 70, em que foram lançadas as bases do SNVE. A estruturação do componente estadual que, como na vigilância epidemiológica, se iniciou pela esfera estadual, para a vigilância sanitária, requereu pactuação e incorporação das demandas estaduais; posteriormente também das municipais – o município se torna um ente federativo apenas em 1988 –, o que representa um processo mais sinuoso do que sob um governo autoritário (Arretche, 1999). Um maior número de entes a participar do processo aumenta e complexifica o desafio do exercício da coordenação federativa e, sendo assim, reforça a necessidade de coordenação também pela esfera estadual.

Em terceiro, as características da vigilância sanitária pela sua natureza regulatória e de bem público em face do contexto em que se desenvolve o SNVS. No seu componente de ação típica de Estado, a vigilância se caracteriza por alta externalidade, para cujo controle se requer uma coordenação efetiva na ação, sem a qual é grande a possibilidade de os riscos à saúde não serem reduzidos ou eliminados. Os requerimentos técnicos e funcionais colocados para a sua força de trabalho, dentre os quais a necessidade de se ter agentes públicos relativamente protegidos em função do nível potencialmente alto de conflitos, são fatores que sugerem a necessidade de uma ação de coordenação e cooperação também

regionalizada. Em resumo, sendo uma política com requerimentos difíceis de serem alcançados pela totalidade dos entes federados no médio prazo num contexto com elevado grau de heterogeneidade estrutural e funcional dos entes federativos, e de natureza regulatória, como se prescindir da coordenação efetiva (e da cooperação) também da esfera estadual?

Na federação brasileira, a cooperação – vista como mais desenvolvida no campo da saúde que de outras políticas públicas – precisa ainda ser incrementada no sentido vertical (sobretudo entre o estado e os municípios localizados na sua jurisdição), e no sentido horizontal (entre estados; entre regiões; entre municípios). No caso do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 a 2007, o Plano Plurianual continha a ação de 'estruturação do sistema estadual de vigilância sanitária' e era previsto, mediante as normas federais que regiam o processo de descentralização, o repasse de parte dos R$ 0,15 *per capita* como estímulo à municipalização. Todavia, a cooperação financeira com os municípios por parte da esfera estadual, no Rio de Janeiro, não ocorreu até 2005. Se, por um lado, dessa análise da situação desse estado não se pode fazer generalizações, por outro, se pode afirmar que, em relação à baixa cooperação financeira por parte dos estados na montagem do SNVS o Rio não representa um caso único no país.

A coordenação federativa no âmbito da vigilância sanitária exercida pela esfera federal, principalmente no período 1998 a 2003, mediante o PBVS para a esfera municipal e pelo TAM para os estados, se fez presente, embora com distintos graus de ênfase e sucesso, como se viu anteriormente. De todo modo, duas coisas são marcantes: o modelo de descentralização adotado para a vigilância sanitária, diferenciado em relação ao adotado no campo da assistência à saúde, privilegiou a esfera estadual, e que os repasses federais destinados a vigilância sanitária contrariaram o sentido, também, do quadro da partilha federativa, que beneficiou a esfera municipal, e nesta, principalmente os pequenos municípios (Gomes & Mac Dowell, 2000; Prado, 2001; Fávero, 2004).

Diferentemente de Arretche (2002), julga-se que essa coordenação possibilitou a incorporação dessa área da saúde pública na agenda municipal. Mediante o PAB variável, introduziram-se requisitos relativos à vigilância sanitária para habilitação municipal e repasses financeiros regulares e automáticos para as vigilâncias das esferas subnacionais. Entretanto, o processo eminentemente político de habilitação municipal não privilegiou os requisitos para a área, e o incentivo financeiro, de baixo valor *per capita*, não era atraente a ponto de motivar a execução do conjunto de ações básicas, bem como não se deu o efetivo acompanhamento por parte das esferas de governo mais abrangentes. Nesse sentido, ela não assegurou a realização do conjunto das ações básicas de vigilância sanitária, na medida em que não foram negociados compromissos de alcance de metas como contrapartida a esse tipo de repasse. Também não possibilitou uma repartição mais equânime dos recursos transferidos, pois afora a captação diferenciada da repartição das taxas de fiscalização por parte dos entes subnacionais, valeu o critério populacional com um valor *per capita* homogêneo para todo o país. Essa estratégia do valor homogêneo pouco ou nada contribui para a redução das desigualdades na distribuição espacial de serviços e de sua prestação entre regiões e localidades, mas, em contrapartida, previne possíveis conflitos redistributivos de curto prazo no processo.

Para os estados, a coordenação exercida pela esfera federal possibilitou a estruturação dos seus serviços próprios de vigilância sanitária, e o estado do Rio de Janeiro é um bom exemplo disso, sendo inegável a melhoria do serviço no período em pauta. Além da construção do SNVS no plano nacional ser iniciativa relativamente tardia, outras causas contribuem para explicar a debilidade da coordenação pela esfera estadual. Dentre essas, sua recente estruturação e sua dependência das respectivas máquinas administrativas pouco eficientes; a debilidade da maioria dos municípios – principalmente os pequenos – para assumir essa ação de Estado; a regra mais geral do federalismo brasileiro que condiciona uma instância estadual frágil, de caráter residual; as transferências do PBVS não vinculadas a compromissos de execução de ações gerando dispersão dos recursos financeiros – pequenos se considerados os municípios pouco populosos; vultosos se considerados os dispêndios para a totalidade do estado.

No caso do Rio de Janeiro, acrescentam-se a essas causas comuns o não estabelecimento da cooperação financeira por parte do estado, a dependência da vigilância estadual em relação aos repasses federais pelo baixo aporte de recursos próprios – as taxas arrecadadas pela ação da vigilância continuam fluindo para o Tesouro Estadual, apesar dos esforços da direção do CVS – e a inexistência de instância regional, mesmo para a gestão da saúde. Além disso, a comparação entre os repasses federais aos municípios e o gasto declarado na subfunção apontaram indícios de gasto dos recursos destinados à vigilância sanitária em outras ações, o que pode não ser restrito a esse estado, visto haver uma fala recorrente de coordenadores municipais de vigilância sanitária de vários estados brasileiros nesse sentido e alguma menção a isso nas referências pesquisadas.

A escassa capacidade de coordenação da esfera estadual no âmbito de sua jurisdição, portanto, fragiliza a construção federativa do SNVS. Além dos requisitos técnicos há necessidade de superar: as discussões sobre se tal ou qual ente tem ou não dependência de transferências financeiras, até porque essa se afigura como uma falsa questão (De Seta, 2007); o apego extremado ao modelo ou formato de descentralização adotado para as ações de assistência à saúde visto que ele não parece ser adequado, pela natureza diversa da vigilância sanitária; a polarização da discussão entre centralização X descentralização, autonomia X coordenação, como se fossem situações em permanente oposição, antagônicas e absolutas.

Por fim, no plano nacional, há o risco de a coordenação exercida pela Anvisa, formalmente estabelecida em dispositivo legal, vir a se enfraquecer com uma tendência ao deslocamento do centro de decisão para a SVS/MS, que tem como projeto político a construção do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, numa concepção que prioriza a epidemiologia e o controle de doenças – ou seja, construído com base na concepção da vigilância em saúde como análise da situação de saúde.

As mudanças na esfera federal repercutem nas demais, como se sabe, há algum tempo. São esperadas modificações institucionais nas esferas subnacionais de governo – e já estão ocorrendo desde 2003 – que, como afirma Medeiros (*apud* Abrucio, 1998),

tendem a se organizar à semelhança da esfera federal para obter maior facilidade no recebimento de auxílio técnico e das verbas federais. Todavia, a imprescindibilidade da ação regulatória no campo da saúde no que concerne à qualidade e segurança parece assegurar a permanência dessa prática tradicional, que se renova, para além do horizonte temporal dos governos.

Referências

ABRUCIO, F. L. *Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, USP, 1998.

ABRUCIO, F. L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. *In*: ABRUCIO, F. L. & LOUREIRO, M. R. (Orgs.). *O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC*. Brasília: MP, Seges, 2002. (Parte 2)

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, 24: 41-67, 2005.

ABRUCIO, F. L. & COSTA, V. M. F. *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998. (Série Pesquisas, n. 12)

AMARAL FILHO, J. O quadrilátero do federalismo: uma contribuição para a compreensão do federalismo imperfeito no Brasil. *Revista Econômica do Nordeste –REN*, 30 (número especial): 876-895, 1999.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(40): 111-141, 1999.

ARRETCHE, M. T. S. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociedade*, 23(80): 25-48, 2002.

BARCELLOS, C. & QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*, 40(1): 170-177, 2006.

BODSTEIN, R. Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. *In*: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 jan. 1999a. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 jan. 1999.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Auditorias do Tribunal de Contas da União. n. 10, ano 2. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria n. 42, de 14 abr. 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1o do art. 2o e § 2o do art. 8o, ambos da lei n. 4.320, de 17 mar. 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 abr. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. MS/SNVS - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1, 1986. *Relatório Final*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.565/GM, de 26 ago. 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, estabelece a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização das ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 ago. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS n. 18, de 21 jan. 1999. Inclui os componentes de tipo de prestador, tipo de atendimento e grupo de atendimento associados aos respectivos procedimentos, conforme especificado no Anexo I. *Diário Oficial União*, Brasília, n. 19, p. 18-96, jan. 1999. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.473/GM, de 29 dez. 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 02 jan. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 432/GM, de 22 de março de 2005. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária para estados, municípios e Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.023/GM, de 23 set. 2004b. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2023_23_09_04.pdf>. Acesso em: 09 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 204/ GM, de 29 jan. 2007a. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.998, de 21 ago. 2007b. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do componente Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 133, de 21 jan. 2008. Atualiza a regulamentação dos repasses financeiros federais do componente Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21. jan. 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa n. 1, de 8 de dezembro de 2003. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 48, 9 dez. 2003.

COHEN, M. M.; LIMA, J. C. & PEREIRA, C. R. A. A vigilância sanitária e a regulação do SUS pelas normas operacionais. *In*: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. & O'DWYER, G. (Orgs.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DE SETA, M. H. *A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*, 2007. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

DE SETA, M. H. & SILVA, J. A. A. A gestão em vigilância sanitária. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1, 2001, Brasília. *Caderno de Textos*... Brasília: Anvisa, 2001.

DE SETA, M. H. & SILVA, J. A. A. A gestão da vigilância sanitária. *In*: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. & O'DWYER, G. (Orgs.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FÁVERO, E. *Desmembramento Territorial: o processo de criação de municípios, avaliação a partir de indicadores econômicos e sociais*, 2004. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Engenharia de Construção Civil, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.

GOMES, G. M. & MAC DOWELL, M. C. *Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social*. Brasília: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 706).

IBGE. *Metodologia das estimativas das populações residentes nos municípios brasileiros para 1o de julho de 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2005>. Acesso em: 2 de jun 2009

JULIANO, I. A. & ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2): 493-505, 2004.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

LUCCHESI, G. *Globalização e Regulação Sanitária*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

LUCCHESI, G. A internacionalização da regulamentação sanitária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 537-555, 2003.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (NESCON/UFMG). Desenvolvimento e organização das ações básicas de Vigilância Sanitária em municípios brasileiros, a partir da implantação do PBVS: um estudo exploratório. *Relatório de Pesquisa*. Belo Horizonte, 2000.

PIOVESAN, M. F. *A Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

PORTO, M. F. de S. & FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, supl. 2: S59-S72, 1997.

PRADO, S. *Transferências Fiscais e Financiamento Municipal no Brasil*. São Paulo: Ebap, Fundação K. Adenauer, 2001. (Trabalho elaborado no contexto do Projeto Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental, sob coordenação do Prof. Fernando A. Resende)

RIGOTTO, R. M. & AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniqüidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, supl. 4: S475-S485, 2007.

SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 562, de 26 mar. 1990. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de alimentos, do comércio de drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes domissanitários e o controle sanitário das construções em geral pelas Secretarias Municipais de Saúde. *Diário Oficial do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 29 mar. 1990.

SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 1.262, de 08 dez. 1998. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública. *Diário Oficial do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 08 dez. 1998.

SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Diagnóstico situacional dos órgãos municipais de vigilância sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, jan. 2004. (Mimeo.)

SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES, n. 2.655, de 02 fev. 2005. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública. *Diário Oficial do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro.

SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Diagnóstico situacional dos órgãos municipais de vigilância sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005. (Mimeo.)

SILVA JUNIOR, J. B. *Epidemiologia em Serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*, 2004. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII (2): 7-28, 1998.

O Financiamento do SUS na Esfera Estadual de Governo: o estado do Rio de Janeiro

6

Maria Alicia D. Ugá
Silvia Marta Porto
Isabela Soares Santos
Francisco Viacava

Este capítulo aborda o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera estadual de governo e, particularmente, analisa, a partir de microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Pnad/IBGE) 1998 e 2003, o sistema de financiamento por meio do qual se deu a utilização de serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro: se pelo SUS, financiado através de tributos; ou se através de planos de saúde e financiado por prêmios pagos por beneficiários e/ou seus empregadores; ou, finalmente, se mediante a compra direta de serviços (pagamento direto no ato da utilização de serviços).

Na primeira seção é discutida a temática do financiamento do SUS na esfera estadual e o papel das transferências intergovernamentais – dentre estas, particularmente as transferências no âmbito da saúde – nas receitas do estado do Rio de Janeiro e nos municípios que o compõem.

Na segunda seção é feita uma análise quantitativa sobre a participação de cada sistema de financiamento (público, privado através de planos e seguros de saúde e privado mediante pagamento direto na compra de bens e serviços de saúde) na utilização de serviços no estado do Rio de Janeiro.

Finalmente, na última seção é feita a discussão sobre o tema.

O Financiamento do SUS na Esfera Estadual de Governo

A instituição pela Constituição Federal de 1988 (CF88) do acesso universal à saúde, enquanto um direito inerente à cidadania, foi acompanhada pela inserção do SUS no Sistema de Seguridade Social e também pelo financiamento do SUS no Orçamento da Seguridade Social (OSS). Dessa forma, em nível federal, foram contempladas fontes de recursos específicas ao OSS, das quais derivariam recursos para a saúde.

O OSS incorporou (sem vincular fontes para cada área especifica) tributos previamente existentes (contribuições sobre folha de salários pagas pelas empresas e os trabalhadores,

Contribuições Sobre o Lucro Líquido (CSLL) e sobre o faturamento – contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins)) e fontes novas, tais como a contribuição sobre o lucro líquido – CSLL. Ainda, ampliou-se a base de incidência de tributos já existentes (como a do antigo Fundo de Investimento Social (Finsocial), atual Cofins). Cabe destacar que, tendo em vista que a saúde passou a ser um direito do cidadão, para além das fontes pertencentes ao OSS, previu-se a participação de receita fiscal no financiamento do sistema toda vez que necessário, de forma a garantir esse direito.

Entretanto, alguns desvios em relação aos preceitos constitucionais que regem o financiamento da seguridade social e, ainda, problemas específicos do financiamento do setor saúde frente ao ajuste fiscal (Ugá & Marques, 2005) fizeram com que o Ministério da Saúde enfrentasse um longo processo no Congresso Nacional para aprovar um tributo adicional, vinculado à saúde (e, posteriormente, também à previdência e à assistência social): o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) – depois Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) –, que vigorou de 1997 até dezembro de 2007.

No que diz respeito ao financiamento do SUS nas esferas estadual e municipal, a CF88 não estabeleceu fontes específicas nem vinculações em termos do montante das receitas provenientes dos tesouros estaduais e municipais que deveria corresponder à saúde.

Somente a partir da Emenda Constitucional 29 (EC-29) – aprovada em 2000 – estabeleceu-se que os municípios deviam destinar, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde, 15% da sua receita; por sua vez, os estados e Distrito Federal deviam alocar à saúde, no mínimo, 12% da sua receita.

A Participação das Três Esferas do Governo no Financiamento do SUS

Até meados da década de 1990, o gasto público em saúde guardava a característica do período prévio à CF88, marcado por uma forte centralização do sistema de saúde – e do seu financiamento – em nível federal. Assim, a despeito do processo de descentralização tributária introduzido pela nova Carta Constitucional, que não só ampliou a competência tributária de estados e municípios como elevou o nível das transferências de tributos federais às esferas subnacionais de governo, o nível federal continuava em 1990 com aproximadamente a mesma participação do gasto público em saúde do que nos anos 80, responsabilizando-se por nada menos que 73% dessa despesa. Ao longo dos anos 90, se observou uma ligeira diminuição da participação do governo central nesse gasto, devida fundamentalmente ao papel mais ativo exercido pelos municípios, como se observa na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Distribuição percentual da participação das esferas de governo no gasto público em saúde. Brasil – 1980 –2003

Esfera	1980	1990	1992	1993	2003
Federal	75	73	68	72	51
Estadual	18	15	14	12	23
Municipal	7	12	18	16	26

Fonte: Ugá e Porto (2008).

Mas é a partir do final da década de 1990 e, principalmente, a partir da implementação da EC-29, que aumentou a participação das esferas infranacionais no financiamento setorial. Em 2003, os municípios já estavam assumindo 26% do gasto público em saúde, enquanto os estados, que, diferentemente, haviam diminuído nos anos 90 sua participação percentual no financiamento público da saúde (muito provavelmente devido à retração do seu papel na gestão do SUS a partir da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-91), resgatado a partir da NOB-96), retomam seu protagonismo no financiamento do SUS, participando com 23% dos recursos. Em contrapartida, o impacto da EC-29 sobre o volume de recursos alocados para a saúde pela esfera federal de governo não foi muito significativo, tendo em vista as pequenas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) observadas no período (Barros, 2003). Assim, a União – que, em 1980, se responsabilizava por 75% do financiamento do sistema público de saúde – passou a assumir, em 2003, apenas 51% do financiamento do SUS.

Relações Federativas e as Receitas Estaduais

A tônica da reforma tributária introduzida no novo texto constitucional de 1988 foi principalmente a da descentralização da receita tributária – fundamentalmente por meio de transferências diretas e automáticas – e a do fortalecimento do município enquanto esfera de governo. Assim, se por um lado, a competência da arrecadação tributária manteve-se predominante na esfera federal (ainda que tenham aumentado as das esferas infranacionais), os sistemas de partilha dos tributos, através de transferências diretas e automáticas, reforçaram a descentralização das receitas disponíveis; por outro lado, os municípios se tornaram entes federativos com competência tributária própria, e não mais apenas com capacidade tributária delegada pelo governo estadual (Santos, 2008).

No que diz respeito aos estados, competem-lhes, segundo a CF88, os seguintes tributos:

- O Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), que é o antigo Imposto sobre a Circulação de Mercadorias (ICM) acrescido de dois impostos únicos da prestação de serviços de comunicação e de transporte interestadual e intermunicipal, que eram da competência da União;
- O Imposto sobre a Transmissão causa Mortis e por Doação de quaisquer Bens e Direitos (ITD), que corresponde a um imposto sobre heranças;

- O Imposto sobre a propriedade de Veículos Automotores (IPVA);
- Uma participação de 5% no Imposto de Renda (IR) incidente sobre rendimentos de capital – inclusive lucros – devido à União, adicional a este.

Além desses impostos próprios, os estados viram-se beneficiados com um aumento das transferências constitucionais diretas de tributos federais, através do Fundo de Participação dos Estados (FPE), que passou a reter 21,5% do IR e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) arrecadados pela União – em vez de 14%, como antes de 1988 –; ainda, 10% dos recursos do IPI passaram a ser redistribuídos àqueles estados que exportam produtos industriais, proporcionalmente ao valor dessas exportações. Por outro lado, no que concerne a estados de regiões pobres, beneficiários do Fundo Especial para Fomento às Regiões Pobres, passaram a receber, através dos bancos regionais de desenvolvimento, 4% (em vez de 3%) da arrecadação do IPI e do IR.

Entretanto, tendo em vista o aumento das transferências dos estados aos municípios, a disponibilidade final de recursos da esfera estadual de governo manteve-se praticamente igual (absorvendo em torno de 26% da arrecadação tributária global), sendo, portanto, os municípios os que mais ganharam com a reforma tributária, como se observa na Tabela 2.

Esse 'privilegiamento' da esfera municipal na partilha tributária corresponde ao fato de que, como afirma Santos (2008), a descentralização introduzida pela CF88 foi muito identificada com a 'municipalização' das obrigações do Estado, que transferiu grande parte da responsabilidade de execução de políticas aos municípios, mas deixou os estados com funções mal definidas, de cunho 'cooperativo' com os demais entes da federação.

Tabela 2 – Federalismo fiscal. Brasil – 2003

Esfera de governo	Arrecadação própria	Receita disponível
União	68,7	59,0
Estados	26,5	24,9
Municípios	4,8	16,1
Total	100,0	100,0

Fonte: Afonso (2004).

Dessa forma, como mostra Afonso (2004) os municípios foram os grandes beneficiários da reforma tributária introduzida pela CF88, tendo em vista que eles elevaram sua participação na receita disponível nacional de 11% para 17% nos dez primeiros anos de vigência desse sistema.

Entretanto, com as medidas introduzidas pelo governo federal a partir de meados dos anos 90, que criaram novas contribuições de competência federal não partilhadas com os estados e os municípios (como é o caso da CPMF, que vigorou até 2007) e/ou elevaram as alíquotas de contribuições federais já existentes, como é, por exem-

plo, o caso da Cofins e, ainda, com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que incide também sobre tributos partilhados através do Fundo de Participação dos Municípios (*FPM)* e FPE, houve um movimento de recentralização das receitas disponíveis, que fez com que a União, que detinha 56% da receita tributária disponível em 1996, passasse em 2004 a reter, segundo estimativas do mesmo autor, nada menos que 59,2% da mesma.

Em consequência, segundo dados da Confederação Nacional dos Municípios (*CNM)*, quem mais se beneficiou do aumento da carga tributária do último decênio foi o nível central de governo, tendo em vista que "de cada real a mais pago pelo contribuinte desde 2004, 84 centavos ficaram com o governo federal" (Afonso, 2008).

As Transferências Intergovernamentais no Âmbito do SUS

As transferências de recursos no âmbito do SUS, bem como aquelas advindas do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef) constituem fluxos denominados "redistributivos" segundo a definição de Prado (2003). O adjetivo 'redistributivo' não indica necessariamente uma redistribuição em favor das regiões menos favorecidas, mas o fato de que essas transferências não guardam proporcionalidade com as bases tributárias respectivas ao território da unidade federada.

Como apontado em Ugá *et al.* (2003), essas transferências da União a estados e municípios vieram sendo disciplinadas, desde 1991, por sucessivas normas operacionais do Ministério da Saúde. Partindo de uma situação de completa centralização do poder no nível central – que repassava recursos às esferas subnacionais predominantemente sob a forma de remuneração por serviços prestados – instituída pela NOB n. 1 de 1991, as normas que a sucederam foram ampliando progressivamente o teor descentralizador do sistema de transferências no âmbito do SUS.

O sistema que está atualmente em vigor foi delineado pela portaria GM/MS n. 204 (Brasil/MS, 2007), no âmbito do Pacto pela Saúde, instituído no ano anterior. Por causa dele, existem hoje, no âmbito do SUS, cinco grandes fluxos (ou 'blocos')[1] de recursos do governo federal para estados e municípios que, por sua vez, estão subdivididos em vários tipos de transferências financeiras, repassados fundo a fundo, em contas específicas, para os estados e municípios.

---

[1] Os cinco fluxos são: O Piso de Atenção Básica (PAB), compreendendo: uma parte fixa (calculada com base em um valor *per capita* multiplicado pelo tamanho da população) e uma parte variável, destinada ao estímulo financeiro à implementação de programas específicos (Programa de Agentes Comunitários, Programa de Saúde da Família, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental); o bloco referente à atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, ao qual corresponde, por um lado, um teto financeiro para o financiamento dessas ações e, por outro, recursos que alimentam o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec), para financiar procedimentos de alto custo e/ou complexidade; o bloco correspondente á Vigilância em Saúde; o bloco referente à assistência farmacêutica; e, finalmente, o bloco de recursos para gestão do SUS.

Quando analisado o sistema sob a perspectiva da descentralização, pode-se afirmar que, se, por um lado, existe um avanço derivado do fato de que, hoje, todas as transferências no âmbito do SUS são realizadas de forma global, fundo a fundo e são programadas de forma pactuada e integrada (através do plano de saúde), por outro, persiste a fragmentação das mesmas e o baixo poder discricionário do gestor na alocação de recursos entre programas e ações de saúde, tendo em vista que os recursos da conta referente a um 'bloco' não podem ser utilizados em ações e serviços inerentes a outro.

O Caso do Estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro tem uma autonomia relativa bastante acentuada do ponto de vista de suas receitas próprias, que representaram, no período de 2005 a 2007, em média mais de 90% das receitas correntes, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 – Execução orçamentária da receita (em R$ mil correntes). Estado do Rio de Janeiro – 2005-2007

Categoria	2005	2006	2007
Receitas Correntes	29.583.016	33.305.424	34.722.694
Impostos e taxas	17.022.749	18.761.738	20.183.601
Contribuições	861.577	868.878	875.500
Receita patrimonial	75.936.523	7.146.792	6.306.140
Receita agropecuária	229	31	42
Receita industrial	47.919	53.603	53.511
Receita de serviços	2.361.198	2.544.573	2.532.220
Transferências	2.760.557	3.032.768	3.158.786
Outras receitas	592.265	897.041	1.612.894
Receitas de Capital	738.067	835.952	358.444
Operações de crédito	280.750	352.734	163.674
Receita de privatizações	354.562	228.728	768
Amortização empréstimos	–	104.187	99.260
Transferências de capital	25.611	12.891	94.505
Outras Receitas	77.144	137.412	1.402.617
Receita Total	30.321.083	34.141.377	36.483.518

Fonte: Estado do Rio de Janeiro/Secretaria de Fazenda (2007).

No estado do Rio de Janeiro, o principal imposto é, sem dúvida, o ICMS que participa com 77% das receitas próprias, no período.

No caso deste estado da federação, as transferências oriundas do governo federal não foram significativas, representando em média apenas 10%, aproximadamente, das receitas correntes.

As principais transferências recebidas pelo governo do estado do Rio de Janeiro em 2007 correspondem ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb – Tabela 4). Em vigor desde o dia 1º de janeiro deste ano, por medida provisória, este novo Fundo, o Fundeb, substitui o antigo Fundef e representa um importante aumento dos repasses do governo federal para os estados destinado a essa área.

Tabela 4 – Receita de transferências correntes (em R$ mil correntes). Estado do Rio de Janeiro – 2005–2007

Tipo de transferência	2005	2006	2007
FPE	457.654	506.494	586.764
Fundeb	665.570	682.432	1.029.668
IPI	252.221	314.389	421.845
Lei Kandir	149.558	85.776	85.776
Salário Educação	139.681	145.815	210.353
Outras Transferências Correntes	1.095.872	1.297.863	824.381
Total	2.760.557	3.032.768	3.158.786

Fonte: Estado do Rio de Janeiro/Secretaria da Fazenda (2007).

Seguem, em ordem de importância, a categoria ‘Outras Transferências Correntes’ dentre as quais as que se dão no âmbito do SUS são as mais importantes. Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Brasil/MS/Siops, 2008), a participação das transferências da União no âmbito do SUS no estado do Rio de Janeiro representou 47% e 27% do total das transferências federais em, respectivamente, 2006 e 2007. Chama a atenção essa forte oscilação anual, que pode estar associada a erros no envio das informações.

Ainda de acordo com esta base de dados, o estado do Rio de Janeiro aplicou 10,9% de suas receitas próprias em ações e serviços de saúde. Como se sabe, esta cifra não é de todo confiável, tendo em vista as discussões acerca do que deve ser compreendido (ou não) nesse conjunto de ações. Portanto, em 2007 esse estado gastava, certamente, com recursos próprios, menos do que o estabelecido pela EC-29, de 2000.

São os municípios os principais protagonistas do financiamento do SUS no estado do Rio de Janeiro. Como mostra a Tabela 5, essa esfera de governo aportou 36,3% dos recursos para ações e serviços de saúde no nosso estado, um pouco acima da participação do governo federal, de 35,9%. Note-se, entretanto, que este percentual se refere apenas às transferências do Ministério da Saúde às secretarias estadual e municipais e, assim, não estão incluídos os recursos do Ministério da Saúde e da Educação destinados à remuneração de pessoal das unidades próprias (hospitais federais e universitários, por exemplo). Chama a atenção o fato de que o governo estadual contribuiu com apenas 27,8% dos recursos destinados ao SUS nesta unidade da federação.

Tabela 5 – Composição do financiamento do SUS no estado do Rio de Janeiro por esfera de governo

Esfera	Valor aplicado	%
União*	2.326.351.556	35,9%
Estado	1.805.049.501	27,8%
Município	2.354.975.452	36,3%
Total	6.486.376.509	100,0%

* Refere-se, exclusivamente, às transferências do Ministério da Saúde para estados e municípios, no âmbito do SUS.
Fonte: Brasil/MS/Siops (2008).

É necessário, portanto, um esforço adicional do governo estadual no sentido de destinar uma parcela maior das suas receitas próprias ao SUS, e assim ter uma maior participação no financiamento do sistema no estado do Rio de Janeiro.

A Utilização de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro em 1998 e em 2003, segundo Forma de Financiamento

Notas Metodológicas

Esta seção foca a análise do uso e financiamento de serviços de saúde pela população do Rio de Janeiro e em alguns casos compara com a população do Brasil. São utilizados os microdados da Pnad/IBGE de 1998 e os da de 2003. É considerada população do Rio de Janeiro todas as pessoas que à entrevista responderam ser moradores do estado do RJ, e a população brasileira é composta por todos os respondentes da pesquisa que resulta da amostra ampliada.

As Pnad/IBGE – 1998 e 2003 – informam sobre a última internação realizada nos 12 meses anteriores à entrevista e sobre o principal atendimento recebido nas duas semanas anteriores à entrevista. Os dados, portanto, não correspondem ao total de atendimentos e de internações, já que algumas pessoas podem ter sido internadas mais de uma vez nesse período ou ter utilizado outros atendimentos além do reportado como principal. Dessa forma, quando neste capítulo se fizer referência ao financiamento da utilização de serviços, não se estará referindo ao número efetivo de atendimentos e internações financiados por cada sistema e sim ao número de pessoas que referiu atendimento nos períodos considerados.

As internações consideradas na variável utilizada (variável 1372) são: tratamento clínico, parto normal, parto cesáreo, cirurgia, tratamento psiquiátrico e internações para exames. Os atendimentos (variável 1360) são: consulta médica, consulta odontológica, consulta de agente comunitário ou de parteira, consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo etc.), consulta na farmácia, quimioterapia ou radioterapia ou

hemoterapia ou hemodiálise, vacinação ou injeção ou curativo ou medicamento de pressão ou outro atendimento, cirurgia em ambulatório, gesso ou imobilização, internação hospitalar, exames complementares, somente marcação de consulta, outro atendimento.

A análise de quem financiou o uso do serviço de saúde também foi realizada por meio de informações das Pnad/IBGE de 1998 e 2003, que contemplam variáveis que permitem identificar se o serviço de saúde utilizado foi financiado pelo SUS, pelo plano privado ou por meio de desembolso direto.

As perguntas referentes ao agente financiador dos atendimentos das internações e as possibilidades de respostas são:

1. este atendimento/internação de saúde foi coberto por algum plano de saúde? Alternativas de resposta: Sim ou Não (variáveis 1364 e 1374);
2. pagou algum valor por este atendimento/internação de saúde? Alternativas de resposta: Sim ou Não (variáveis 1365 e 1375); e
3. este atendimento de saúde foi feito através do SUS? Alternativas de resposta: Sim, Não, Não Sabe (variáveis 1366 e 1376).

Como as opções de respostas às perguntas não são excludentes e um mesmo indivíduo pode ter respondido 'sim' a mais de uma, foram utilizados os critérios adotados em Porto, Santos e Ugá (2006)[2] para diferenciar quem financiou o serviço utilizado.

Foram consideradas 'pessoas com planos privados de saúde' todas aquelas que responderam ter algum tipo de plano ou seguro, inclusive os chamados pela Pnad/IBGE de 2003 de planos públicos. Esta opção se deve ao fato de que, embora esses planos sejam financiados por instituições públicas para um grupo específico de pessoas – como funcionários públicos, exército etc. –, eles mantêm o caráter privado da elegibilidade ao plano.

Para a análise da utilização dos serviços de saúde segundo a renda, utilizou-se o rendimento mensal familiar sem agregados que é a soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, exclusive os das pessoas com menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na família é de pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

---

[2] A opção metodológica foi a de considerar: a) atendimentos ou internações cobertos pelo SUS: todas as respostas Sim à pergunta 3 independente de ter respondido positivamente à pergunta 2, e que tenha respondido Não à pergunta 1; b) atendimentos ou internações cobertos por planos ou seguros de saúde: aqueles que disseram Sim à pergunta 1, independentemente de ter respondido Sim à pergunta 2, e Não ou Não Sabe à pergunta 3; c) atendimentos ou internações financiados diretamente com recursos do paciente foram considerados aqueles que responderam Sim à pergunta 2, excluindo aqueles que responderam Sim às perguntas 1 e/ou 3; d) foi criada, ainda, uma quarta categoria, denominada 'Outros', que inclui aqueles que não utilizaram o serviço pelo plano de saúde, não pagaram diretamente pelo serviço, e não utilizaram o serviço do SUS, ou ainda aqueles que não souberam se utilizaram o serviço por intermédio do SUS. Essa categoria inclui, ademais, as pessoas que responderam Sim simultaneamente às questões 1 e 3 e, também, aqueles que tiveram atendimento, mas cuja resposta foi classificada numa alternativa não existente no questionário (Código 9).

As famílias foram classificadas em quintis populacionais ordenados pela renda. Para a análise específica da utilização de serviços de saúde segundo a renda, não foram consideradas as pessoas que não informaram essa variável. Note-se que foi necessário fazer duas estratificações: uma referente à população brasileira e outra para os moradores do estado do Rio de Janeiro, dado que a renda média de cada quintil difere entre as duas populações, e o objetivo da análise em curso é o de apreender a distribuição da utilização de serviços segundo nível de renda no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

Tendo em vista as baixas frequências dos eventos e as múltiplas categorias de resposta do tipo de atendimento e de internação, a análise dos dados foi feita apenas para os casos em que os coeficientes de variação situaram-se abaixo de 25%, conforme recomendação do IBGE. Assim sendo, para o estado do Rio de Janeiro, a análise se restringiu ao total de atendimentos e separadamente para as categorias 'consulta médica' e 'consulta odontológica'. Quanto ao tipo de pagamento foram consideradas apenas as categorias 'atendimento feito através do SUS' e 'atendimento coberto por algum plano de saúde' desprezando-se os casos 'pagou algum valor por este atendimento'.

Tendo em vista o desenho amostral com múltiplos estágios de seleção da Pnad, os dados foram tabulados usando-se a função *Complex Samples* do SPSS, versão 15.0, levando em conta o desenho amostral, os pesos de expansão para a população e um intervalo de confiança de 95%.

Utilização de Serviços, segundo Sistema de Financiamento no Estado do Rio de Janeiro

Distribuição dos Casos segundo Sistema de Financiamento

No ano de 2003, os atendimentos do Rio de Janeiro foram predominantemente realizados através do SUS, que participou com 54,4% dos mesmos. Essa participação do SUS aumentou quando comparada com a de 1998: ela passou de 45,9% para 54,4% dos atendimentos com fonte de financiamento identificada. Contrariamente, a participação dos planos e seguros de saúde diminuiu de 41,1% em 1998 para 35,1% em 2003, e a participação do pagamento privado direto decresceu de 13,0% a 10,6% (Tabela 6).

Nesse movimento, a participação do SUS nos atendimentos realizados no Rio de Janeiro cresceu 18,5%, ao passo que a dos planos privados diminuiu em 14,7% e o desembolso privado direto decresceu em 18,8%.

Se analisado o número absoluto de atendimentos realizados no estado do Rio de Janeiro, verifica-se que, entre 1998 e 2003, houve um aumento de 8,3% no total. Esse aumento se deve exclusivamente a uma maior participação do SUS no estado, tendo em vista que os outros dois sistemas de financiamento decresceram em números absolutos. Assim, o total de atendimentos financiados pelo SUS aumentou em nada menos que 28,3% nesse período, enquanto os providos por planos e seguros de saúde caíram em 7,7%; e os financiados através do gasto privado direto apresentaram uma diminuição de 12,0%.

Tabela 6 – Distribuição da população segundo a quantidade de atendimentos recebidos e o respectivo sistema de financiamento. Rio de Janeiro e Brasil – 1998 e 2003

Atendimento recebido	SUS	Plano privado	Gasto privado direto	Total
Consulta médica	730.667	494.605	112.092	1.337.364
% 2003	54,6%	37,0%	8,4%	100,0%
Consulta médica	530.783	508.631	102.706	1.142.120
% 1998	46,5%	44,5%	9,0%	100,0%
Variação da participação (1998-2003)	17,6%	-17,0%	-6,8%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	37,7%	-2,8%	9,1%	17,1%
Consulta odontológica	31.613	22.472	50.391	104.476
% 2003	30,3%	21,5%	48,2%	100,0%
Consulta odontológica	20.594	26.039	71.768	118.401
% 1998	17,4%	22,0%	60,6%	100,0%
Variação da participação (1998-2003)	74,0%	-2,2%	-20,4%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	53,5%	-13,7%	-29,8%	-11,8%
Total Atendimentos RJ 2003	908.972	586.410	176.565	1.671.947
% 2003	54,4%	35,1%	10,6%	100,0%
Total Atendimentos RJ 1998	708.364	635.165	200.732	1.544.261
% 1998	45,9%	41,1%	13,0%	100,0%
Variação da participação (1998-2003)	18,5%	-14,7%	-18,8%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	28,3%	-7,7%	-12,0%	8,3%
Total Atendimentos Brasil 2003	14.032.998	6.384.218	2.474.093	22.891.309
% 2003	61,3%	27,9%	10,8%	100,0%
Total Atendimentos Brasil 1998	9.714.197	5.276.399	2.330.212	17.320.808
% 1998	56,1%	30,5%	13,5%	100,0%
Variação da participação (1998-2003)	9,3%	-8,4%	-19,7%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	44,5%	21,0%	6,2%	32,2%

Obs: Não estão contabilizadas as pessoas que não souberam responder quem financiou o serviço.
Fonte: adaptado a partir dos microdados de Brasil/IBGE (1998, 2003).

Os resultados observados para Rio de Janeiro diferem dos estimados para atendimentos realizados no Brasil, em vários aspectos:

1. O número total de atendimentos teve um aumento muito menor no Rio de Janeiro (8,3%) que no Brasil (32,2%).

2. Neste estado houve um aumento do total de atendimentos financiados pelo SUS e uma diminuição do total de atendimentos financiados pelos planos e seguros de saúde e pelo gasto privado direto. Diferentemente, no caso do Brasil, foi registrado um aumento dos atendimentos financiados pelos três sistemas.
3. A participação do SUS no financiamento dos atendimentos realizados em 2003 é inferior no Rio de Janeiro (54,4%) à observada para o Brasil (61,3%); contrariamente, a participação dos planos e seguros privados de saúde foi superior no Rio de Janeiro (35,1%) à observada no Brasil (27,9%), enquanto a participação do gasto privado direto no financiamento dos atendimentos foi aproximadamente a mesma (10,6% e 10,8%).
4. Entretanto, aumentou a participação do SUS no financiamento dos atendimentos realizados no Rio de Janeiro (18,5%), e esse aumento é superior ao constatado no Brasil (9,3%).
5. A diminuição da participação dos planos e seguros privados de saúde foi mais significativa no Rio de Janeiro (14,7%) que no Brasil (8,4%).
6. Contrariamente, a diminuição da participação do gasto privado direto foi um pouco menos significativa no Rio de Janeiro (18,8%) que no Brasil (19,7%).

Alguns fatores podem interferir nos resultados anteriormente apresentados: a evolução da população e da taxa de cobertura por planos privados de saúde e, ainda, a evolução da oferta de serviços ambulatoriais.

Quanto ao crescimento populacional, analisado a partir da mesma base de dados empregada na análise da utilização de serviços (Pnad 1998 e 2003), verifica-se no Rio de Janeiro um incremento de 9,8%. Esse percentual é similar ao verificado na evolução do número de atendimentos (8,3%). Diferentemente, a população brasileira aumentou em 11,2% e os atendimentos cresceram mais do que proporcionalmente, em 32,2%.

O outro fator que pode interferir na importância de cada sistema de financiamento nos períodos analisados é a proporção da população coberta por plano privado de saúde. Segundo os dados da Pnad 1998 e 2003, esse indicador se manteve praticamente constante no que se refere à população brasileira, pois 24,5% da população tinha plano de saúde em 1998 e 24,6%, em 2003. Note-se a esse respeito que, embora a proporção da população do Rio de Janeiro com plano seja bastante maior que a da população brasileira, ela sofreu uma leve diminuição no período analisado, tendo passado de 32,7% em 1998 para 30,1% em 2003.

No que se refere à evolução da oferta de serviços ambulatoriais, no caso do Brasil, parte do aumento de 44,5% dos que foram atendidos pelo SUS em 1998 e 2003 (Tabela 6) pode corresponder a uma elevação de 22% no número de unidades ambulatoriais e de consultórios; de 21% do equipo odontológico; de 19% das salas de cirurgias ambulatoriais; de 17% das de pequenas cirurgias; e de 15% das de gesso, no período de julho de

1998 a julho de 2003, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS – Tabela 7).

O aumento da população que foi atendida pelo SUS no estado do Rio de Janeiro foi menor que no caso da brasileira, e é possível que essa diferença esteja, ao menos em parte, associada ao menor aumento da oferta de equipos odontológicos, salas de gesso, salas de cirurgia ambulatorial e de pequena cirurgia no Rio de Janeiro que no Brasil, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7 – Variação percentual da rede ambulatorial do SUS. Rio de Janeiro e Brasil –1998-2003*

	Equipe odont.	Sala cirur. ambulatorial	Sala peq. cirurgia	Sala de gesso	Consultórios	Unidades ambulatoriais
Rio de Janeiro	14,9%	13,0%	12,3%	11,7%	22,4%	23,6%
Brasil	21,3%	19,8%	17,9%	15,7%	22,4%	22,0%

* Competências de julho de 1998 e julho de 2003.
Fonte: Brasil/SIA/SUS (2008).

Como já foi mencionado, em função da limitação dos dados correspondentes ao Rio de Janeiro, a análise, segundo o tipo de atendimento, se restringiu as consultas médicas e odontológicas.

Em relação ao financiamento das 'consultas médicas' observa-se na Tabela 6 um aumento da participação do SUS, que passou de 46,5% em 1998 para 54,6% em 2003, uma diminuição tanto na participação dos planos e seguros de saúde, que passou de 44,5% para 37,0%, quanto do gasto privado direto que diminuiu de 9,0% para 8,4%. Cabe destacar que, na análise realizada para o Brasil, também se observa um aumento da participação do SUS e uma diminuição tanto no caso dos planos e seguros de saúde quanto no que se refere ao gasto privado direto. Porém, no Brasil, o SUS foi responsável, em 2003, por mais de 63% das consultas médicas, porcentagem bastante superior à constatada para Rio de Janeiro. Por sua vez, em nível nacional, a participação dos planos e seguros de saúde limitou-se, no mesmo ano, a 29,6% e o gasto privado direto financiou 6,9% do total das consultas médicas (Porto, Santos & Ugá, 2006).

Certamente as diferenças apontadas na participação do SUS e dos planos e seguros de saúde devem-se à concentração do segmento de saúde suplementar na região Sudeste – particularmente nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

No que tange ao financiamento das 'consultas odontológicas', verifica-se na mesma Tabela 6 um aumento significativo da participação do SUS, que em 1998 foi responsável por 17,4% e em 2003, por 30,3% do total, bem como uma pequena diminuição da participação dos planos e seguros de saúde de 22,0% para 21,5%, e uma queda importante da participação do gasto privado direto, que em 1998 financiou 60,6% das consultas odontológicas e 48,2%, em 2003. Vale mencionar, ainda, que o aumento da participação

do SUS e a diminuição verificada no financiamento através do gasto privado direto foram mais significativos no caso do Rio de Janeiro do que no Brasil (Porto, Santos & Ugá, 2006).

Distribuição dos Atendimentos por Quintil de Renda segundo Sistema de Financiamento

Em função das limitações na análise dos dados correspondentes ao estado do Rio de Janeiro, mencionadas na seção Metodologia, foram analisados exclusivamente os atendimentos efetuados através do SUS e dos planos e seguros de saúde, excluindo-se a análise dos dados referentes ao gasto privado direto.

Como se observa na Tabela 8, a participação do SUS no número de atendimentos em 2003 é predominante até o quarto quintil da população, inclusive. Por outro lado, como esperado, a participação do SUS é tanto maior quanto menor for o nível de renda da população que, no quintil superior, passa a ser atendida preponderantemente pelos planos e seguros de saúde.

Quando comparados os anos de 1998 e 2003, verifica-se um aumento da participação do SUS na utilização de serviços efetuada pela população de todos os quintis e, consequentemente, uma diminuição da participação dos planos e seguros de saúde, sendo sua diminuição mais significativa nos atendimentos correspondentes à população do primeiro quintil de renda. Destaca-se que o aumento da importância do SUS e a diminuição daquela dos planos e seguros de saúde verificam-se também quando comparados os números absolutos dos atendimentos efetuados.

Observa-se também que a participação do SUS no financiamento dos atendimentos da população do Rio de Janeiro ordenada por nível de renda é inferior à verificada para o Brasil em todos os quintis (Tabela 8).

Vale notar que, no ano de 2003, a diferença entre a participação do SUS no Rio de Janeiro (94,9%) e no Brasil (96,0%) é pouco significativa no que diz respeito ao primeiro quintil. Essa forte participação do SUS nos atendimentos recebidos por esse segmento populacional deve-se fundamentalmente à pronunciada queda do número absoluto de atendimentos financiados pelos planos e seguros de saúde, que passou de 48.318, em 1998, para 14.063, em 2003.

Essa forte participação do SUS nos atendimentos recebidos por este segmento populacional deve-se fundamentalmente à baixa proporção de pessoas com planos privados de saúde nessa faixa de renda. Ademais, é possível que a diminuição da proporção da população do Rio de Janeiro com plano privado – que passou de 32,7%, em 1998, para 30,1%, em 2003 – tenha influenciado na pronunciada queda do número absoluto dessas pessoas mais pobres atendidas por meio dos planos privados de saúde, que passou de 48.318, em 1998, para 14.063, em 2003.

Tabela 8 – Distribuição da população que recebeu atendimento segundo o quintil de renda familiar e o sistema de financiamento. Rio de Janeiro – 1998 e 2003

	Quintil de renda familiar s/ agregado	SUS	Plano privado	Total
2003	1	259.419	14.063	273.482
	%	94,9	5,1	100,0
	2	217.430	44.925	262.355
	%	82,9	17,1	100,0
	3	227.750	79.787	307.537
	%	74,1	25,9	100,0
	4	146.360	136.998	283.358
	%	51,7	48,3	100,0
	5	49.248	280.568	329.816
	%	14,9	85,1	100,0
1998	1	248.795	48.318	297.113
	%	83,7	16,3	100,0
	2	177.087	47.338	224.425
	%	78,9	21,1	100,0
	3	145.176	87.060	232.236
	%	62,5	37,5	100,0
	4	91.828	150.848	242.676
	%	37,8	62,2	100,0
	5	42.577	273.911	316.488
	%	13,5	86,5	100,0

Obs: não estão contabilizadas as pessoas que pagaram diretamente pelo atendimento e as que utilizaram serviço de saúde, mas não declararam renda.
Fonte: adaptado de Brasil/IBGE (1998, 2003).

Distribuição das Pessoas Internadas segundo Sistema de Financiamento

O SUS foi responsável em 2003 por 60,5% das internações efetuadas no Rio de Janeiro, participação similar à observada em 1998, de 59,7%. Por sua vez, os planos e seguros de saúde aumentaram sua participação, de 34,1%, em 1998, para 35,6%, em 2003. Contrariamente se observa uma diminuição significativa da participação do gasto privado como sistema de financiamento das internações neste estado, tendo em vista que ela passou de 6,1%, em 1998, para 3,9%, em 2003. Isso representou um ligeiro crescimento nas participações do SUS e dos planos de saúde no financiamento das internações (respectivamente 1,3% e 4,2%) e uma retração importante da participação do gasto privado direto de 36,5% (Tabela 9).

Quando considerados os números absolutos, verifica-se uma elevação de 15,9% no número de internações utilizadas no Rio de Janeiro entre 1998 e 2003. Esse aumento deve-se fundamentalmente ao crescimento do número de internações financiadas pelo

SUS (17,4%) e pelos planos e seguros privados (20,7%), havendo diminuído apenas as internações financiadas por meio do gasto privado direto (em 26,4%).

Da mesma forma que no caso das informações relativas aos atendimentos, em função da limitação dos dados correspondentes à população do Rio de Janeiro, não foi possível analisar todas as categorias referentes às internações e, assim, a análise se restringiu àquelas referentes a 'tratamento clínico' e 'internações cirúrgicas' (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da população segundo o tipo de internação recebida e o sistema de financiamento. Rio de Janeiro e Brasil – 1998 e 2003

Internação realizada	SUS	Plano privado	Gasto privado direto	Total
Intern. p/ tratamento clínico 2003	216.255	102.922	6.609	325.786
2003%	66,4	31,6	2,0	100,0
Intern. p/ tratamento clínico 1998	174.847	80.558	11.368	266.773
1998%	65,5	30,2	4,3	100,0
Variação da participação (1998-2003)	1,3%	4,6%	-52,4%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	23,7%	27,8%	-41,9%	22,1%
Intern. p/ cirurgia 2003	104.797	112.586	12.252	229.635
2003%	45,6	49,0	5,3	100,0
Intern. p/ cirurgia 2003	75.735	92.593	14.619	182.947
1998%	41,4	50,6	8,0	100,0
Variação da participação (1998-2003)	10,2%	-3,1%	-33,2%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	38,4%	21,6%	-16,2%	25,5%
Total internações RJ 2003	436.267	256.504	28.150	720.921
% 2003	60,5	35,6	3,9	100,0
Total internações RJ 1998	371.510	212.429	38.242	622.181
% 1998	59,7	34,1	6,1	100,0
Variação da participação (1998-2003)	1,3%	4,2%	-36,5%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	17,4%	20,7%	-26,4%	15,9%
Total internações Brasil 2003	8.272.846	2.942.795	626.709	11.842.350
% 2003	69,9	24,8	5,3	100,0
Total internações Brasil 1998	6.836.941	2.604.221	747.827	10.188.989
% 1998	67,1	25,6	7,3	100,0
Variação da participação (1998-2003)	4,1%	-2,8%	-27,9%	–
Variação do n. absoluto (1998-2003)	21,0%	13,0%	-16,2%	16,2%

Obs: não estão contabilizadas as pessoas que não souberam responder quem financiou o serviço.
Fonte: adaptado de Pnad/IBGE (1998, 2003).

Comparando a situação observada no estado do Rio de Janeiro com os resultados obtidos em relação ao Brasil destaca-se que:

1. Diferentemente do observado para o caso dos atendimentos, a evolução do número de internações utilizadas entre 1998 e 2003 no estado do Rio de Janeiro foi praticamente a mesma que no Brasil.
2. Destaca-se que, na análise realizada tomando como base o número absoluto de pessoas internadas, tanto no estado do Rio de Janeiro como no país, verificou-se aumento das internações financiadas pelo SUS e dos planos e seguros de saúde, e diminuição das financiadas pelo gasto privado direto.
3. A participação do SUS no financiamento das internações realizadas no Rio de Janeiro em 2003 (60,5%) é inferior à verificada no Brasil (69,9%). Também é inferior a participação do gasto privado direto no Rio de Janeiro (3,9%) que no Brasil (5,3%). Contrariamente, a participação dos planos e seguros privados de saúde foi superior no estado (35,6%) que no Brasil (24,8%).
4. O aumento da participação do SUS no financiamento das internações realizadas no Rio de Janeiro (1,3%) é inferior ao constatado para o Brasil como um todo (4,1%).
5. A participação dos planos e seguros de saúde aumentou 4,2% no estado do Rio de Janeiro, contrariamente ao observado no caso de Brasil que apresentou uma diminuição de 2,8%.
6. A diminuição da participação do gasto privado direto em internações foi mais significativa no Rio de Janeiro (36,5%), já que no Brasil observou-se um decréscimo de 27,9%.

No estado do Rio de Janeiro, em 2003, o SUS foi o principal financiador das internações para 'tratamento clínico' (66,4%), ao passo que para as internações cirúrgicas é preponderante a participação dos planos privados de saúde (49%). Contudo, é importante observar que entre 1998 e 2003 a participação do SUS no financiamento das internações cirúrgicas aumentou mais de 10%, movimento contrário ao verificado nos planos de saúde e no gasto privado direto, cuja participação diminuiu em 3,1% e 33,2% respectivamente.

Vale mencionar, entretanto, que a participação do SUS no financiamento das internações efetuadas no Rio de Janeiro em 2003, tanto para tratamento clínico (66,4%) como as cirúrgicas (45,6%), é inferior à verificada no Brasil, de 75,7% e 53,7%, respectivamente (Porto, Santos & Ugá, 2006).

No que se refere ao financiamento das 'internações para tratamento clínico', observaram-se aumentos relativamente pequenos na participação do SUS (1,3%) e dos planos privados de saúde (4,6%), e um grande decréscimo da participação do gasto privado direto, de mais de 52,4%.

Comparando com os resultados obtidos para as internações realizadas pela população brasileira como um todo, observa-se que, correspondentemente à concentração de planos

privados no Rio de Janeiro, a participação destes no financiamento de ambos os tipos de internações em 2003 é muito superior no Rio de Janeiro que no país como um todo. Enquanto neste estado a participação dos planos privados na internação para tratamento clínico representou 35,6% e para tratamento cirúrgico, 49,0%, no Brasil foi de 20,1% e 39,0%, respectivamente.

Por sua vez, o gasto privado direto teve uma menor participação no estado fluminense do que no país, no que se refere a internações clínicas e cirúrgicas: ela foi de 2,0% e 4,2%, respectivamente, para as primeiras; e de 5,3% e 7,3% para as segundas, no Rio de Janeiro e no Brasil. Note-se que houve uma diminuição da participação do gasto privado direto no financiamento das internações mais significativa no Rio de Janeiro que no Brasil (internações clínicas: 52,4% e 31,5%, respectivamente; internações cirúrgicas: 33,2% e 28,4, respectivamente).

Essa queda da participação do gasto privado direto foi acompanhada de um aumento do protagonismo do SUS, tanto no Brasil como no Rio de Janeiro. Entretanto, neste estado a elevação referente à participação no financiamento de internações clínicas (1,3%) foi inferior à observada em nível nacional (4,6%), bem como no que tange às internações cirúrgicas (10,2% no estado e 11,4% no Brasil).

Vale notar, ainda, que a participação dos planos privados no financiamento de internações clínicas aumentou no Rio de Janeiro em 4,6%, enquanto no Brasil diminuiu em 6,5%. No que se refere às internações cirúrgicas, a participação dos planos privados teve uma diminuição inferior no Rio de Janeiro (3,1%) em comparação ao Brasil (6,2%).

O aumento da participação do SUS no estado do Rio de Janeiro verificado no que tange às internações cirúrgicas foi acompanhado de uma elevação do número absoluto das mesmas, que cresceu em 38,4%. O número de indivíduos que reportou ter efetuado internação cirúrgica através de planos de saúde privados também aumentou em 21,6%. Em movimento inverso, o número de indivíduos com internações cirúrgicas financiadas através do gasto privado direto diminuiu em 16,2%.

Embora em termos de crescimento percentual, a participação do SUS no financiamento de internações clínicas tenha sido pouco expressiva, em números absolutos ele se elevou consideravelmente (23,7%), da mesma forma que as financiadas através de planos de saúde privados (27,8%).

Essa expressiva diferença da importância dos planos privados no financiamento das internações para tratamento clínico e cirúrgico, no estado fluminense e no Brasil, pode ser em parte explicada pela maior cobertura da população com planos privados no estado do Rio de Janeiro. Como mostrado na seção sobre atendimentos, embora a proporção de pessoas deste estado possuidoras de planos privados tenha sofrido uma leve diminuição no período (passando de 32,7% da população, em 1998, para 30,1%, em 2003), ela é muito maior que no Brasil, onde se manteve em torno de 24% da população no período.

Como já apontado em Porto, Santos e Ugá (2006), o maior protagonismo do SUS no número de internações por ele financiadas se dá, entretanto, em um contexto de diminuição do número de estabelecimentos hospitalares da rede SUS: eles caíram, segundo o Sistema

de Informações Hospitalares (SIH/SUS), de 6.366, em julho de 1998, para 5.864, em julho de 2003. Ainda, com exceção dos leitos de reabilitação, de hospital-dia e de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), houve o fechamento de todos os demais tipos de leitos.

Vale mencionar, também, que embora os dados da Pnad/IBGE, que provêm da percepção dos usuários, indiquem um crescimento de 21,0% do número de internações efetuadas pelo SUS, quando observada a evolução do número de internações realizadas no Brasil pelo SUS , verifica-se uma diminuição de 0,7% entre 1998 e 2003. Essa diminuição foi mais acentuada no Estado do Rio de Janeiro, 11,0% no mesmo período.

Distribuição das Internações por Quintil de Renda segundo Sistema de Financiamento

Analisando o sistema de financiamento das internações segundo a renda familiar das pessoas que foram internadas, no estado do Rio de Janeiro em 2003, predomina a participação do SUS até o quarto quintil da população ordenada por renda, inclusive; isso ocorria apenas até o terceiro quintil em 1998, conforme mostra a Tabela 10.

Esse aumento da presença do SUS no financiamento das internações se deu em função de uma elevação do número absoluto de internações financiadas pelo SUS, pela diminuição do número de internações financiadas pelos planos privados de saúde no primeiro e terceiro quintil e, ainda, devido a um aumento menos expressivo do número de internações financiadas por planos do que pelo SUS no que se refere à utilização de internações efetuadas pelos demais quintis de renda.

Assim, entre 1998 e 2003, a participação dos planos de saúde só aumentou no Rio de Janeiro em relação ao financiamento da utilização de internações do segundo quintil de renda. Entretanto, da mesma forma que no caso dos atendimentos, a participação das que foram internadas pelo SUS no estado do Rio de Janeiro é inferior à constatada para o Brasil no que se refere a todos os quintis de renda.

Tabela 10 – Distribuição da população que foi internada segundo o quintil de renda familiar e o sistema de financiamento. Rio de Janeiro – 1998 e 2003

	Quintil de renda familiar s/agregado	SUS	Plano privado	Total
2003	1	149.604	10.422	160.026
	%	93,5	6,5	100,0
	2	92.258	23.119	115.377
	%	80,0	20,0	100,0
	3	89.362	32.403	121.765
	%	73,4	26,6	100,0
	4	64.468	51.499	115.967
	%	55,6	44,4	100,0
	5	29.269	114.856	144.125
	%	20,3	79,7	100,0
1998	1	147.962	13.019	160.981
	%	91,9	8,1	100,0
	2	88.214	17.917	106.131
	%	83,1	16,9	100,0
	3	66.504	30.629	97.133
	%	68,5	31,5	100,0
	4	38.688	52.415	91.103
	%	42,5	57,5	100,0
	5	21.581	90.111	111.692
	%	19,3	80,7	100,0

Obs: Não estão contabilizadas as pessoas que pagaram diretamente pelo atendimento e as que utilizaram serviço de saúde, mas não declararam renda.
Fonte: adaptado de Brasil/IBGE (1998, 2003).

Dessa forma, embora haja no estado fluminense uma forte e histórica presença do segmento de planos e seguros de saúde, verifica-se que o SUS tem uma atuação muito importante e crescente: a participação do SUS no financiamento das internações predomina até o quarto quintil da população ordenada por renda, inclusive (enquanto em 1998, isso acontecia apenas até o terceiro quintil), como decorrência da elevação do número absoluto de internações financiadas pelo SUS.

Considerações Finais

As informações analisadas neste capítulo evidenciam um inegável avanço do SUS no estado do Rio de Janeiro, à semelhança do observado no país como um todo, tanto no que se refere a atendimentos ambulatoriais quanto às internações hospitalares.

Embora no estado fluminense a participação dos planos e seguros de saúde seja superior à média brasileira, tendo em vista que a clientela dos produtos comercializados

no segmento da saúde suplementar se concentra principalmente na região Sudeste, o protagonismo do SUS vem crescendo no período analisado.

Assim, o SUS é o agente financiador da maioria dos atendimentos e das internações realizadas no estado fluminense, participando respectivamente em 54,4% e 60,5%, o que corresponde a uma significativa expansão de sua participação entre 1998 e 2003, aumentando em 18,5% e 1,3%, respectivamente.

Esse maior crescimento da participação do SUS no que tange aos atendimentos ocorreu no mesmo momento em que se deu a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) no Estado do Rio de Janeiro, posterior a 1998, ou seja, de forma mais tardia que no restante do país. Vale destacar que esse maior protagonismo do SUS no financiamento de atendimentos foi acompanhado de um decréscimo da participação dos planos de saúde e do gasto direto.

Em contrapartida, observou-se que o SUS financia preponderantemente populações de baixa renda: a participação do SUS no número de atendimentos e de internações em 2003 é predominante até (inclusive) o quarto quintil da população.

No que diz respeito às internações neste estado, embora o SUS financie 60,5% destas, foi o segmento de planos de saúde que teve maior dinamismo e crescimento no período entre 1998 e 2003 (em movimento inverso ao observado em nível nacional), tendo em vista que sua participação no financiamento delas cresceu em 4,2%, em detrimento da participação do gasto privado direto, que caiu em 36,5%. Ainda, o aumento da participação do SUS no financiamento das internações realizadas no Rio de Janeiro foi bastante inferior ao constatado no Brasil como um todo.

Contrariamente ao verificado em relação aos dados do SIA/SUS para os atendimentos, no caso das internações realizadas pelo SUS, o aumento verificado segundo a Pnad/IBGE não correspondeu a um aumento também da rede de serviços desse nível de atenção, tampouco da produção de serviços hospitalares segundo o SIH/SUS.

Vale notar, também, o decréscimo da participação do gasto direto no período analisado, que foi mais acentuado no estado fluminense do que no país, no que se refere ao financiamento das internações. Isso constitui um avanço, dada a natureza regressiva do gasto direto em saúde, que muitas vezes alcança níveis catastróficos, comprometendo o consumo de outros bens essenciais, tais como alimentos nos domicílios mais pobres.

Finalmente, deve-se destacar que, apesar da ainda baixa participação do gasto estadual no financiamento do SUS no estado do Rio de Janeiro, é inegável o aumento da participação do SUS no financiamento dos serviços utilizados no estado, principalmente em favor das populações de mais baixa renda.

Referências

AFONSO, J. R. Brasil, um caso à parte. *In*: REGIONAL SEMINAR ON FISCAL POLICY, XVI, 2004, Santiago.

AFONSO, J. R. Quem ganhou mais com o aumento da arrecadação. *Revista Veja*, São Paulo, 16 abr. 2008.

BARROS, E. D. *Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2003. v. 4. (Serie Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* – PNAD, 1998.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* – PNAD, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204/GM. 29 de jan. 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, 2008. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 3 mar. 2008.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Fazenda do Estado do Rio de Janeiro. *Site*. Disponível em: <www.fazenda.rj.gov.br/portal>. Acesso em: 20 set. 2007.

PORTO, S. M.; SANTOS I. S. & UGÁ M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 895-910, 2006.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. *In*: REZENDE F. & OLIVEIRA F. A. (Orgs.). *Descentralização e Federalismo Fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária*. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.

SANTOS, A. P. *Município, Descentralização e Território*. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

UGÁ, M. A. D. & MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. *In*: LIMA, N. T. *et al*. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

UGÁ, M. A. D. & PORTO. S. M. Financiamento e alocações em saúde no Rio de Janeiro. *In*: GIOVANELLA L. *et al*. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

UGÁ, M. A. D. *et al*. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 417-437, 2003.

Ambiente de Informação em Saúde na Gestão Estadual do SUS[1]

7

Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes
Miguel Murat Vasconcellos

[Em Espinosa] *A virtude da alma é conhecer (...) Ela é ativa quando o conhecimento depende dela própria, de sua força própria – é ativa na razão. É ativa quando consegue compreender a ordem e conexão necessária do real, a produção do real e a inserção do homem nessa produção.*

Marilena Chauí

Contextualização: ações informacionais e sua incorporação na gestão da saúde

A informação e a tecnologia de informação (TI) constituem uma das áreas de desenvolvimento tecnológico, metodológico e teórico de crescente importância política, econômica e de inovação (Levy, 1993; Castells, 1999; Gómez, 2001). São percebidas pela sociedade como força motriz para aumento de produtividade de bens e de serviços e para geração de novas informações, em uma espiral contínua. A depender da concepção adotada, a informação é social e politicamente interpretada como 'recurso que agrega valor' a bens e serviços, sendo apresentada como 'despolitizada'. Esse significado ancora-se em formulações neoliberais que, se não negam, minimizam, implícita ou explicitamente, as dimensões política, econômica e social presentes desde sua matriz genealógica. De um modo geral, ressalta-se apenas a dimensão que aparece como desenvolvimento de ciência e tecnologia a ser incorporado em processos e produtos. Entretanto, na contemporaneidade, a informação e a TI configuram-se como resultantes do entrechoque de interesses econômicos, políticos, sociais e da ciência e tecnologia, ao mesmo tempo que participam estruturalmente da formação histórica das sociedades (Chauí, 1997).

No Brasil, a apropriação dos possíveis benefícios da informação e da TI para o Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre de forma atomizada, espasmódica, em contextos de relações de poder e de produção de saber, inerentes a processos decisórios de políticas públicas, sem uma ampla discussão nas instâncias do SUS sobre as opções políticas e tecnológicas adotadas (Gómez, 2001; Moraes, 2002; Vasconcellos, Gribel & Moraes, 2008). Este quadro agrava a defasagem existente na incorporação de ações informacionais

[1] Agradeço a Clarisse Hämmerli, Silvia Rangel e Vanessa Lima pela generosidade e paciência de revisarem o texto original.

na gestão em saúde, com embates de interesses e concepções em torno do modelo de gestão da informação.

O tema é analisado por diferentes autores (Levy, 1993; Castells, 1999; Gómez, 2001; Moraes & Gómez, 2007; Dunley, 2005) que sinalizam a persistência de um contexto onde coexistem 'antigos' problemas, decorrentes da gênese e da história de sua matriz constitutiva, com 'novos' problemas, que emergem *pari passu* ao dinamismo das práticas e dos saberes informacionais no mundo atual.

Moraes e Gómez (2007) colaboram para a compreensão da complexidade crescente deste contexto ao desenvolverem o entendimento de que as ações informacionais em saúde[2] constituem um dos dispositivos de Estado nas sociedades contemporâneas que

- repercutem nos modos de vida de indivíduos e coletivos, influenciando os sentidos e significados do binômio saúde/doença;
- tornam-se um dos fundamentos essenciais ao próprio processo de gestão em saúde;
- são instituídos na *práxis* em saúde, ao mesmo tempo que são um dos instituintes do processo de trabalho, tornando-se, então, o eixo principal para o desenvolvimento e a implementação de novas práticas e conhecimentos informacionais;
- constituem-se em espaços de relações de poder e de produção de saber, onde poder e saber são faces de uma mesma moeda.

Tendo por referência este entendimento de ações informacionais em saúde e os estudos citados, delineia-se um panorama dos principais problemas encontrados no contexto atual da informação e TI em saúde no Brasil:

- Ausência de uma 'cultura de informação' que fomente a constituição de ambiente de informação voltado para seu uso na gestão em saúde e nos processos decisórios.
- Elaboração de sistemas de informação em saúde (SIS) que funcionam sem interoperabilidade ('não se falam').
- Fragilidade na implementação de mecanismos contínuos de avaliação da qualidade da informação em saúde.
- Fraca identidade das práticas e dos saberes relacionados à gestão da informação e informática (TI) em saúde nas estruturas organizacionais, que se apresentam dispersas e descoordenadas, com pouca valorização deste processo de trabalho.
- Visão reducionista e tecnicista, de 'área meio', tornando-se opaca sua função estratégica, favorecendo a justificativa para sua terceirização.
- Quase inexistência de formação permanente da equipe de informação e TI em saúde.

[2] Para efeito deste trabalho, considera-se como 'ações informacionais em saúde' aquelas que ocorrem na *práxis* da atenção em saúde relacionadas ao processo de gestão, produção, desenvolvimento, processamento, tratamento, análise, controle e avaliação das informações e das tecnologias que lhes dão sustentação.

- Forte pressão das empresas de informática em disputa pelo mercado 'da saúde'.
- Insuficiência de investimentos para estruturar a área de informação e suas tecnologias em iniciativas estratégicas para o SUS, como identificação unívoca do indivíduo e prontuário eletrônico, com o sucateamento de suas instâncias públicas de gestão.
- Alta vulnerabilidade a riscos na preservação da privacidade e da confidencialidade de informações em saúde, mormente com identificação nominal dos usuários do SUS.
- Linguagem inadequada na disponibilidade das informações, dificultando seu processo de apropriação pelos conselhos de saúde (CS) e pela população em geral.
- Gestão da 'informação' desvinculada da gerência de Informática/TI em grande parte das estruturas organizacionais das instituições em saúde das três esferas de governo.

Apesar do impacto representado pelo avanço da microcibernética, mantém-se um modelo organizacional herdado das décadas de 1980 e 1990, quando da existência de *mainframes* e dos Centros de Processamento de Dados (CPD), que reforça a dicotomia entre 'informação' e 'tecnologia de informação', beneficiando apenas o modelo de terceirização deste campo.

A quem interessa a manutenção desse *status quo* informacional na saúde? Por que é tão difícil a construção de mudanças nessa área? Quais as condições materiais, econômicas e políticas que contribuem ou dificultam a construção de avanços nesse processo? Responder a essas questões tem diferentes caminhos, trilhados por diversos sujeitos históricos em seus espaços de atuação. Longe de pretender respondê-las, objetiva-se neste capítulo aprofundar a compreensão sobre o processo de incorporação das ações informacionais na gestão do SUS, tendo por referência a gestão estadual, procurando extrair subsídios que orientem a constituição de ambiente de informações em saúde voltado para o uso intensivo da informação e de suas tecnologias no processo decisório em saúde.

Para tal, analisa-se o processo de incorporação das ações informacionais na gestão do SUS no estado do Rio de Janeiro (ERJ), entre 1999 a 2006, no decorrer da iniciativa de aplicação do modelo, desenvolvido por Vasconcellos,[3] de Ambiente de Informações para Apoio à Decisão em Saúde (AmIS), articulado à implementação da regulação assistencial. O período longo de estudo (oito anos) foi considerado necessário para a obtenção de subsídios que orientem o aperfeiçoamento da forma original do modelo, discutindo sua validade em duas dimensões:

- Contribuiu para uma gestão direcionada à incorporação das ações informacionais nos processos decisórios em saúde?
- Forneceu subsídios para o aprimoramento do modelo original de AmIS, colaborando para a melhoria de sua aplicação em outras iniciativas de gestão estadual no SUS?

[3] O modelo foi desenvolvido por Miguel Murat Vasconcellos, mas publicado em artigo que envolvem outros autores. Ver Vasconcellos, Moraes & Cavalcante (2002).

As ações informacionais em saúde constituem o objeto da pesquisa em torno do qual se desenvolve investigação avaliativa por triangulação de métodos (Minayo, Assis & Souza, 2005). Adota-se uma abordagem quantitativa e qualitativa, em um trabalho cooperativo (entre instituição de pesquisa e pesquisados) e interdisciplinar, de estudo seccional. Na abordagem quantitativa, utiliza-se desenho quase-experimental e por séries temporais. Já na abordagem qualitativa, aplica-se desenho hermenêutico-dialético buscando uma avaliação ao mesmo tempo compreensiva e crítica.

Dentre o conjunto do material utilizado, cabe destacar:

- Estudos documentais de portarias, resoluções e atas de reuniões:
  - Na esfera federal: da Comissão Intergestores Tripartite (CIT); do Comitê Tripartite de Informação e Informática em Saúde da CIT; da Câmara Técnica de Informação e Informática do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), incluindo suas notas técnicas; do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e do Ministério da Saúde, com destaque para sua Secretaria de Ações de Saúde, no que se refere ao arcabouço jurídico institucional da regulação assistencial (SES/RJ).
  - Na esfera estadual: da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Secretaria de Estado de Saúde.
- Estudos estatísticos da produção da Rede de Centrais de Regulação/RJ, a partir das seguintes fontes: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Sistema de Informação Ambulatorial/Autorização de procedimentos de alta complexidade/custo (Apac)/(SIA/SUS) e Sistema de Informação de Regulação (Sisreg/Datasus).
- Relatório de campo elaborado a partir de observação participante realizada por pesquisadores do Grupo de Pesquisa/CNPq Informação e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).
- Relatórios técnicos elaborados em função de visitas de acompanhamento do funcionamento das centrais de regulação regionais, a cada três meses, por oito horas, em rodízio, de 2003 a 2006.

A análise do conjunto deste material, à luz dos marcos referenciais que fornecem sustentação ao modelo de AmIS, fundamenta os resultados desta investigação. Espera-se, desse modo, aliar-se aos esforços coletivos de construção de práticas e saberes colocados a serviço da superação de problemas do SUS no ERJ e com isso extrair lições que contribuam para inovações na gestão das ações informacionais em saúde no âmbito da gestão do SUS no país.

Breve Apresentação do Modelo de Ambiente de Informações em Saúde – AmIS

O AmIS constitui um dos resultados do Grupo de Pesquisa/CNPq Informação e Saúde da Ensp/Fiocruz, mais especificamente a partir do desenvolvimento das pesquisas "'Desenvolvimento de sistema de informação para apoio à decisão em saúde" e "Uso da tecnologia de informação em saúde em processos regulatórios". Proposto por Miguel Murat Vasconcellos, foi publicado em 2002 (Vasconcellos, Moraes & Cavalcante, 2002) e desenvolvido com a preocupação de sua aplicabilidade em situações concretas, como contribuição à atenção em saúde, ao ser incorporado como integrante do processo de trabalho em saúde.

O Ambiente de Informações para Apoio à Decisão em Saúde (aqui denominado simplesmente AmIS) implica uma concepção de organização das informações em saúde propícia ao estabelecimento de uma sinergia de competências, recursos e memórias, frutos e matrizes do conhecimento em saúde, coletivamente produzido por seus sujeitos históricos. Vincula-se ao conceito de 'intercampo da informação em saúde', conforme descrito por Moraes e Gómez (2007), ao pressupor um *modus operandi* de interação e cooperação ágeis e transversais, em um compartilhamento coordenado entre centros de decisão distribuídos pelo sistema e serviços de saúde, compondo uma infocontextura que tece objetivamente uma 'rede de saúde', contribuindo para um sistema integrado de serviços, ações e informações em saúde.

Configuram-se, assim, no tempo e espaço cibernético, possibilidades de alcance de níveis de complexidade crescente no desenvolvimento de alternativas para a melhoria da função gestora em saúde, com repercussões na capacidade de governança das autoridades sanitárias e de melhoria da qualidade da atenção à saúde. Essa perspectiva delimita o espectro de atuação do AmIS que tem, como esfera de intervenção, tanto a consciência subjetiva quanto o interesse prático, ao se tornar operador de ações clínicas, administrativas, gerenciais, tecnocientíficas e política-econômica-sociais. Ou seja, consubstancia-se em função essencial da gestão pública em saúde.

Destaca-se que o AmIS, virtual por excelência, está imerso no 'mundo da saúde' e no 'mundo da política', expressões simplificadoras, representadas, na Figura 1, pelo simbolismo de 'nuvens'. Uma rápida leitura da figura evidencia a necessidade de intensa circulação entre campos de saber (por exemplo, modelagem espacial, estatística e matemática), pressupondo uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar, em um processo gradual para sua aplicação.

Observa-se também a preocupação de Miguel Murat Vasconcellos em incluir na modelagem do AmIS funcionalidades que garantam aderência ao conceito de rede assistencial regionalizada e hierarquizada, onde seja possível recuperar as informações por critérios geográficos, pelo perfil de complexidade das unidades assistenciais, pelo fluxo de acessibilidade dos pacientes, prevalência e incidência dos agravos, articulando-as no tempo e espaço. Essa gestão da informação amplia as possibilidades de uso do ambiente

de informações em saúde, subsidiando a otimização dos recursos e a produção coletiva de inovações no SUS (Campos, 2007).

Na modelagem do AmIS, é condição *sine qua non* o debate contínuo com os envolvidos. Este requisito fundamenta-se no entendimento de que participar confere o estatuto de coautoria e corresponsabilidade com a proposta, tendo por imagem-objetivo a constituição de uma 'tecnodemocracia' (Levy, 1993). O AmIS precisa ser incluído na pauta dos espaços colegiados instituídos no SUS, sob pena de frustrar a vocação de fomentar sua incorporação nos processos decisórios da saúde, ficando confinado a abordagens tecnicistas e tecnocráticas (Ver Figura 1).

O AmIS, nos moldes em que foi desenvolvido, é forjado 'com' ele ('sujeito informacional') e não 'para' ele. Essa forma de estruturação fortalece a inserção do AmIS na *práxis* em saúde como macrofunção estratégica de sua gestão como dispositivo político de um Estado democrático. Essa concepção de gerir a informação procura atender ao desafio de ampliar seu uso no cotidiano do processo decisório da saúde seja na formulação de políticas, na gestão, nas vigilâncias, na clínica, seja no controle social. Tal desenho tem como pré-requisito adotar o processo de trabalho em saúde como a matriz de referência para a organização das informações e tecnologias, dentro da qual o prontuário estruturado do paciente é o núcleo central.

Delineia-se, assim, no tempo e espaço cibernéticos, um aqui/agora fértil à produção de uma inteligência coletiva que tenha por compromisso a (re)construção da 'atualidade' (Kant, 1996) do setor saúde. Ancorado na intersetorialidade e na transdisciplinaridade (Almeida-Filho, 2005), o AmIS se estrutura a partir de uma dinâmica que articula processos políticos de busca de consensos, ao mesmo tempo que induz intensa circulação comunicativa entre campos de saberes, destacando-se: ciências da saúde, ciências da computação, ciências humanas e sociais, ciência política, ciência matemática e as engenharias de produção, telecomunicação e biomédica.

Gestão de Ações Informacionais em Saúde e Regulação Assistencial na Esfera Estadual: estado do Rio de Janeiro

A implementação de experiências de adoção de ambiente de informação em saúde em espaços concretos do SUS constitui importante fonte de análise e avaliação sobre seu potencial de aplicação. Dessas iniciativas, investiga-se a experiência da SES/RJ, coordenada por seu Centro de Informações em Saúde (Cisa).

A seleção do estado do Rio de Janeiro para o estudo deve-se à permanência de uma única gestão da SES/RJ por duas legislaturas: 1999 a 2006, com intervalo de nove meses, de março a dezembro de 2002. Este critério é importante por minimizar a interveniência de fatores decorrentes de contínuas mudanças em um *staff* diretivo que se manteve sob a direção de Gilson Cantarino, propiciando uma análise de longo prazo. Três outros critérios foram considerados também: 1º inclusão, na agenda de prioridades do SUS, da melhoria da qualidade das informações em saúde e do fomento ao seu uso na gestão da

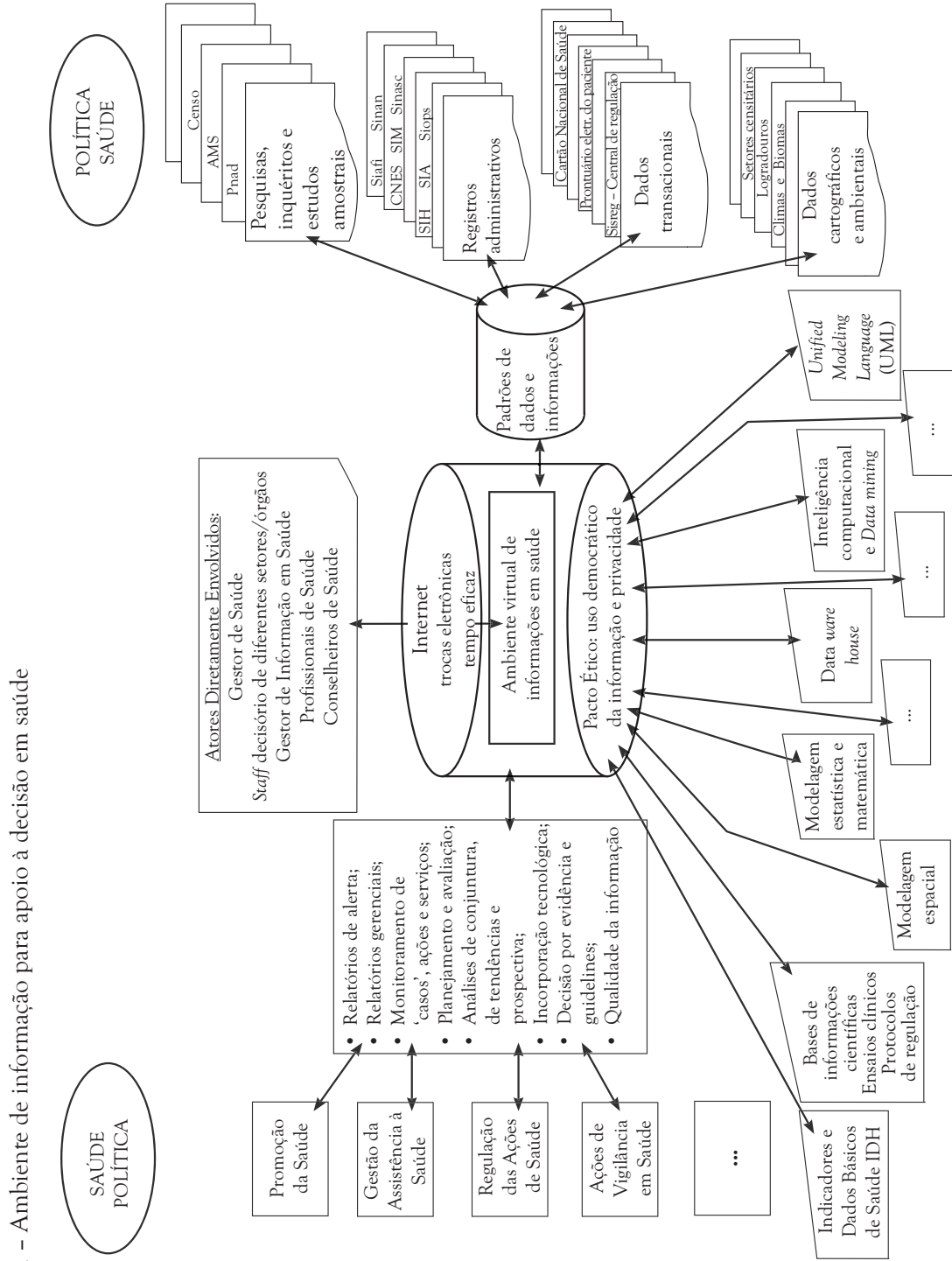



Figura 1 – Ambiente de informação para apoio à decisão em saúde

Fonte: Vasconcellos, Moraes & Cavalcante (2002).

saúde; 2º decisão de implementar regulação assistencial em saúde que, no fim dos anos 90, apresenta-se como um campo em estruturação, contribuindo para análise de um processo de incorporação de ações informacionais; e 3º opção por aplicar um modelo de ambiente de informações em saúde específico (AmIS), em um trabalho conjunto com instituição de ensino e pesquisa (Ensp), propiciando um ambiente fecundo para desenvolvimento de inovações metodológicas e tecnológicas.

O recorte analítico estabelece como foco da investigação as ações informacionais, desenvolvidas pelo Cisa/SES-RJ de 1999 a 2006, associadas à aplicação do modelo AmIS e vinculadas à implantação da regulação assistencial no ERJ. Para facilitar a compreensão do contexto dessa análise, faz-se necessária uma breve descrição de seus oito anos.

Esta experiência possui um *modus faciendi* complexo por pressupor articular desenvolvimento tecnológico e inovação de práticas em gestão clínica, gestão de ações informacionais e regulação assistencial, envolvendo as três esferas de governo. Sua implementação pode ser caracterizada em duas etapas: de janeiro de 1999 a março de 2002 e de janeiro de 2003 a dezembro de 2006.

Em 1999, quando os primeiros passos dessa iniciativa foram dados, a construção do pensamento brasileiro em torno do tema 'regulação assistencial' estava em sua fase embrionária, com poucas referências normativas e bibliográficas, conferindo, na época, um caráter de pioneirismo e inovação à experiência. A etapa inicia-se com intenso debate, principalmente entre os componentes da CIB/RJ em torno dos pilares organizativos da proposta, aprovados pela deliberação CIB/RJ n. 39 de 24 de junho de 1999 (Estado do Rio de Janeiro, 1999). Esta define que implementar a regulação assistencial é prioridade, incluindo em seu escopo a organização de uma Rede de Centrais de Regulação (RCR) como componente estratégico do complexo regulador, tendo como base o desenvolvimento de uma Rede de Informação ('infocontextura').

O diagnóstico da situação de saúde, elaborado à época por assessores do secretário de estado, conclui que o principal ponto de estrangulamento na rede assistencial persistia sendo a desigualdade do acesso qualificado aos serviços. Essa constatação indicou o foco de ação da regulação assistencial, por meio da implantação da RCR: diminuir essas desigualdades, a partir da organização do fluxo dos pacientes à luz de critérios pactuados, tendo por referência o perfil do serviço de saúde existente e o desejado, na perspectiva de prover melhor atendimento aos cidadãos, em tempo eficaz, mesmo em contextos de escassez de recursos, procurando otimizar a utilização da capacidade instalada no município, na região e no estado.

Nesta etapa, inicia-se instalação de equipamentos-servidores e *software* de banco de dados com capacidade para as diversas funcionalidades previstas no modelo original do AmIS *pari passu* a definição do modelo de gestão da regulação assistencial (e da RCR): cogestão das esferas estadual e municipal, por região do estado. Em relação à gestão da RCR, ficou assim pactuado: a coordenação geral é do secretário de estado de saúde, que delega essa função para o Cisa/SES, concomitante ao exercício da coordenação do AmIS, por meio do qual se operacionaliza a Rede.

Os secretários municipais coordenam em seus municípios e participam das decisões referidas à região na qual se inserem, tais como: indicação do coordenador da Central de Regulação Regional (e a do município do Rio), modelagem da rede assistencial, pactuação dos protocolos de regulação por canal de atenção, definição do perfil da equipe das unidades assistenciais e instituições de pesquisa e ensino a serem incorporadas. As questões técnico-operacionais são debatidas no âmbito do Fórum de Coordenadores das Centrais de Regulação em reuniões mensais, sob coordenação do Cisa/SES-RJ, que passa a ser vinculado diretamente ao secretário de estado de saúde.

Mesmo em estágio inicial, o AmIS forneceu a estrutura de base de dados necessária aos estudos de fluxo dos pacientes e do perfil da capacidade instalada, úteis para o desenho da RCR. Nessa etapa, foi elaborado novo diagnóstico por região do estado, agora contemplando: a) estrutura etária e de gênero da população, com sua densidade demográfica e principais características geográficas e de prevalência dos problemas de saúde; b) localização, perfil, porte e produção das unidades de saúde existentes por região; c) análise da demanda reprimida por procedimento/serviço; d) rede de transporte coletivo existente e de ambulâncias postas a serviço da regulação, e demais problemas de acessibilidade; e) definição dos municípios-polo para localização das Centrais de Regulação (CR) regionais e a do município do Rio de Janeiro; f) fluxos assistenciais, de acordo com a complexidade da rede instalada, por canais de atenção.

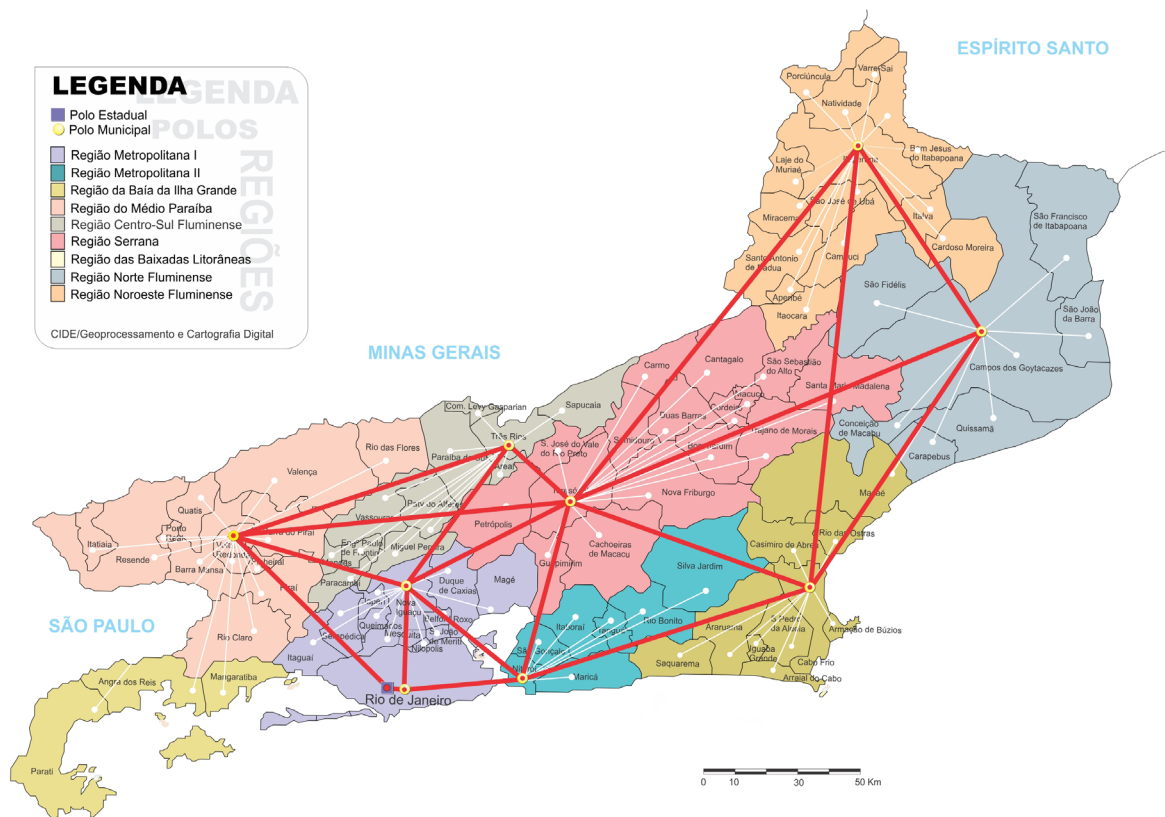
Em função do déficit de pessoal com perfil adequado para atuar na RCR funcionando 24 horas, sete dias por semana, a SES/RJ realizou concurso público (em 2001) com previsão de 349 vagas para servidores, distribuídas nas seguintes categorias: médicos reguladores, agentes administrativos operadores (videofonistas), suporte de informática e especialistas em saúde pública. Este quantitativo não foi alcançado, incorporando-se então servidores cedidos ou contratados pelas secretarias municipais de saúde (SMS) ou consórcios de saúde das regiões.

Definiram-se, também, os níveis de acesso às informações por tipo de usuário e pelo que a equipe de um município pode ‘ver’ de outro município, por exemplo. Criaram-se produtos (relatórios, indicadores, telas), extraídos a partir do AmIS, nos mais variados formatos e periodicidade para os diversos setores da SES/RJ, para as SMS e instâncias da RCR, destacando-se os seguintes sistemas de informações: Sistema de Informação de Regulação (Sisreg), implantado nas centrais de regulação; o Sistema de Informatização Hospitalar (Hospub), para os hospitais estaduais, ambos os *software* públicos, desenvolvidos pelo Datasus/MS; o SIH/SUS; o Sinasc; e SIM.

Esta primeira etapa se caracterizou pelo planejamento e pela pactuação dos princípios e concepção do modelo de regulação em saúde a ser adotado, do modelo de ambiente de informações a ser utilizado, da plataforma computacional e de telecomunicação, do perfil da equipe profissional e da infraestrutura necessária. As CR regionais se interligavam, via Internet, através da Rede Estadual de Informações em Saúde/Centro de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Rio de Janeiro (Proderj), utilizando nos equipamentos-servidores plataforma Linux (*software* livre) com o Cisa/SES/RJ, enfren-

tando sérios embates por esta escolha. A CR localizada no município do Rio de Janeiro foi a única que utilizou a versão Sisreg-WEB do Datasus.

Ao término do primeiro ciclo dessa experiência, a RCR/RJ estava com a composição que perduraria até dezembro de 2006, qual seja: oito CR regionais, abrangendo todas as regiões do estado, uma central municipal vinculada ao município do Rio de Janeiro e uma central estadual dedicada somente à regulação das internações neonatais e de gestantes de alto risco, conforme o mapa a seguir (Figura 2).

Figura 2 – Rede de CR do estado. Rio de Janeiro – 1999-2006

Fonte: Cisa/RJ (2006).

A segunda etapa (2003-2006) concentrou-se na implementação de estratégias que fortaleceram a incorporação de novas práticas regulatórias e de uso da informação na *práxis* do SUS/RJ, procurando expandir, tanto em termos quantitativo quanto qualitativo, o fluxo de pacientes sob regulação. Nesta direção, pode-se identificar a adoção de cinco estratégias que se complementam.

1. Expansão espacial do efetivo funcionamento das CR

Inclusão dos municípios em cada uma das regiões que ainda não tinham aderido aos processos de regulação, apesar de pactuados.

2. Constituição do Arcabouço Jurídico-Institucional da Regulação Assistencial no Estado

Diante de constantes mudanças na gestão das SMS e das unidades assistenciais (UA), bem como do não cumprimento por todos dos pactos estabelecidos, identificou-se a necessidade de maior formalização do processo de regulação assistencial. Fruto dessa estratégia foi a pactuação da resolução SES-RJ n. 2.102, de 14 de julho de 2003 (Estado do Rio de Janeiro/SES, 2003), que definiu a 'missão da RCR-RJ' como sendo: "(...) agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade em saúde, de forma organizada, colocando-se a serviço da defesa do direito à saúde".

3. Expansão da regulação por canais de atenção

A expansão ocorreu a partir da incorporação escalonada de leitos/internações por especialidade (Estado do Rio de Janeiro, 2005a). Com os protocolos de regulação (incluindo a ordenação dos fluxos assistenciais dos pacientes) pactuados por região, este processo se deu de forma gradual, por consenso entre os envolvidos. Essa estratégia caracterizou-se por um intenso ciclo de reuniões técnicas com as chefias e equipes dos serviços clínicos e das enfermarias das UA, com os responsáveis pelos canais de atenção dos municípios, sob a coordenação de seus pares estaduais, com o *staff* diretivo dos municípios, com os secretários municipais de saúde e docentes de instituições acadêmicas. O Quadro 1 apresenta a síntese dessas pactuações.

Quadro 1 – Canais de atenção prioritários e respectivas metas de regulação assistencial

Canais de atenção/região	Metas de acordo com a Deliberação CIB n. 203/2005
Atenção materna infantil e obstétrica	
Município do Rio	50% das internações realizadas através de processo regulado 100% das internações realizadas informadas à CR
Metropolitana 1	50% das internações realizadas através de processo regulado 100% das internações realizadas informadas à CR da região
Atenção materno-infantil e obstétrica de alto risco e UTI neonatal	
Estado do RJ	100% das internações realizadas através de processo regulado
Atenção materno-infantil – pediatria clínica (internação)	
Município do Rio	50% das internações realizadas através de processo regulado 100% das internações realizadas informadas à CR
Atenção hematológica – internações e consultas de 1ª vez	
Município do Rio	50% das internações e consultas de 1ª vez: através de processo regulado 100% das internações realizadas informadas à CR
Demais regiões	100% internações e consultas de 1ª vez realizadas através de processo regulado
Saúde mental – internações psiquiátricas	
Estado do RJ	50% das internações realizadas através de processo regulado 100% das internações realizadas informadas à CR

Quadro 1 – Canais de atenção prioritários e respectivas metas de regulação assistencial (Cont.)

Canais de atenção/região	Metas de acordo com a Deliberação CIB n. 203/2005
Saúde auditiva	
Estado do RJ	100% dos procedimentos realizados através de processo regulado
Clínica médica	
Município do Rio	50% das internações realizadas através de processo regulado 50% das internações realizadas informadas à CR
Rede de alta complexidade	
Metropolitana 2	40% das internações realizadas através de processo regulado 60% das internações realizadas informadas à CR

Fonte: Estado do Rio de Janeiro (2005a).

4. Constituição do núcleo interno de regulação

Foi formado um núcleo interno de regulação em cada unidade hospitalar pública das três esferas de governo (Estado do Rio de Janeiro, 2005b). Esta implantação foi proposta como estratégia de capilarização das ações regulatórias diante das dificuldades de incorporação de práticas regulatórias e de uso da informação na cultura institucional das UA, com as atribuições de:

- implementar gestão clínica voltada para a otimização do uso do leito/serviços e para o aumento da qualidade da assistência, a partir do consenso interno estabelecido;
- disponibilizar leito com tecnologia apropriada à necessidade do paciente, considerando os critérios pactuados e respeitando o vínculo do paciente com o serviço hospitalar;
- participar da construção e avaliação dos protocolos de regulação afetos ao hospital;
- avaliar e acompanhar os motivos de retardo de ocupação e desocupação de leitos, provendo a direção com informações relevantes e monitorando o censo diário;
- fazer a interlocução com a CR de referência, garantindo o fluxo da informação e das internações, inclusive do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- semear a 'cultura da regulação' no interior do hospital.

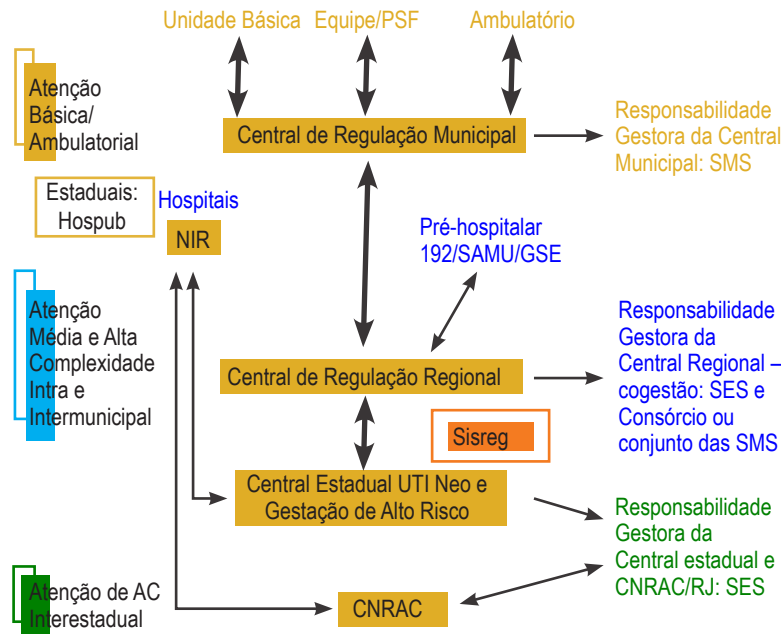
O fluxo de regulação em sua articulação com a RCR, apresentado na Figura 3, representa um esforço de síntese dessas estratégias.

Os hospitais compõem a parte mais capilarizada da regulação assistencial, articulados no ciberespaço pelo AmIS por meio da implantação do Hospub, o que inclui infraestrutura para Intranet, Extranet e Internet. O modelo lógico da rede de telecomunicação foi construído em conjunto com a equipe de cada hospital, de acordo com o fluxo e processo de trabalho, viabilizando, aos gestores de nível central, funcionalidade de monitoramento desses hospitais à distância, em tempo real, bem como acesso às CR, a critério da direção

de cada hospital. Ao término desta segunda etapa, 13 unidades hospitalares estaduais estavam com os seguintes módulos do Hospub implantados: farmácia, almoxarifado, emergência, internação, serviço de arquivo médico (Same) e gerência hospitalar. Em quatro desses, também foram instalados serviço de pronto atendimento (SPA), centro cirúrgico, laboratório e ambulatório.

5. Formação da equipe técnica

Com importantes lacunas na formação dos profissionais servidores da SES e das SMS, foram implementados cursos com uma grade programática diversificada, envolvendo diferentes instituições de ensino localizadas no estado: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa em Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Coppe/UFRJ), Núcleo de Computação Eletrônica/UFRJ (NCE/UFRJ), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus/MS), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e Ensp/Fiocruz. A depender do curso, utilizou-se a modalidade presencial ou de educação a distância, oferecendo-se os seguintes conteúdos: processo de gestão e TI em saúde (totalmente via Internet); Tabwin e TabNet; HTML; geoprocessamento; Epi Info; Java; administração de rede com uso de Linux (*software* livre); codificação de causa básica (CID) para o SIM e SIH; regulação assistencial; informatização hospitalar, com ênfase nas funcionalidades do (Hospub).

Figura 3 – Responsabilidade gestora e fluxo da regulação assistencial

Fonte: Estado do Rio de Janeiro (2005a), atas da CIB/RJ e do Fórum de Coordenadores das CR no período de 1999- 2006.

Principais Resultados da Análise

A principal questão evidenciada pela análise refere-se às diferenças entre os pactos estabelecidos, expressos nos documentos que compõem o arcabouço jurídico-institucional, e os resultados efetivamente alcançados. A distância entre 'intenção' e 'gesto', como diz o poeta Chico Buarque de Holanda, caracteriza a situação investigada. Reflexo da distância entre o "SUS que queremos e o SUS que temos"?

Os resultados confirmam a complexidade que envolve a adoção de inovações, principalmente quando pressupõem mudanças em processos consolidados de gestão em saúde, com impacto em estruturas de micropoderes. Esta constatação alerta que implantar o AmIS significa enfrentar limites e desafios cuja matriz explicativa enraíza-se na própria gênese da organização do setor saúde. A qualidade, grau e velocidade de incorporação de ações informacionais à gestão e ao processo de trabalho em saúde são funções tanto da superação de históricos desafios/limites quanto da emergência de novos. Alguns desses são discutidos a seguir, tendo por referência os fundamentos do AmIS e o entendimento de que a gestão das ações informacionais em saúde constitui macrofunção estratégica do SUS.

Desafio/Limite 1: Hegemonia da lógica fragmentadora na *práxis* em saúde

A adoção de práticas intersetoriais e do diálogo transdisciplinar não caracteriza a atual *práxis* em saúde, na qual prevalece a fragmentação, a setorialização, a departamentalização, com processos decisórios atomizados e estanques, expressão do modo como o Estado brasileiro responde às demandas da sociedade (Castells, 1999; Gómez, 2001; Moraes, 2002). A superação desses limitantes precisa se dar por 'camadas', tendo por referência o *aude sapere* – 'o ousar saber' kantiano que, em Michel Foucault (1984), corresponde a um processo coletivo de problematização do presente – a 'atualidade' histórica – que liga a atual gestão em saúde às raízes genealógicas de constituição dos dispositivos de Estado e de Ciência & Tecnologia.

A formação histórica do setor saúde determina uma cultura institucional distante de uma dinâmica de trabalho/atendimento calcada na integração (Ayres, 2009), na articulação, na constituição de uma 'rede' assistencial. Os resultados encontrados evidenciam esta realidade no ERJ, onde a lógica fragmentada e fragmentadora em seus métodos e técnicas de explicação e intervenção se expressa nas UA e nas estruturas das SMS e da SES.

Essa constatação põe em discussão o conceito de regionalização e hierarquização de uma rede assistencial. O princípio da regionalização acumula significativa produção de conhecimento, mas esbarra em desafios políticos e técnico-operacionais a demandarem aprofundamento. Superar estes limites é fundamental para a qualificação da gestão em saúde, como também para iniciativas de implantação do AmIS. Afinal, um de seus fundamentos é a ideia de 'rede', no tempo/espaço virtual, o que contribui para a adoção de ações solidárias e de compartilhamento de conhecimento e de responsabilidades.

São as ações solidárias e de compartilhamento de conhecimento e de responsabilidades que se tornam, então, práticas políticas que significam a instituição de um poder público coletivo (Espinosa, 1997), cujo pré-requisito é a decisão política de compartilhamento do exercício de poder, algo que está sendo cultivado nos mecanismos coletivos de gestão do SUS, mas não se encontra preponderante no cotidiano institucional, expresso em suas ações rotineiras.

Desafio/Limite 2: A quem interessa o uso da informação em saúde nos processos decisórios em saúde? De quem são os leitos do SUS?

A análise do fluxo de relatórios, indicadores e de outros produtos/saídas do AmIS confirma a distância entre intenção e gesto. O esforço institucional não se refletiu em ampliação do uso da informação, nem na gestão, nem no processo de trabalho em saúde, que variou no tempo e no espaço-usuário, dentre os seguintes setores: planejamento; atenção básica/Programa Saúde da Família (PSF); vigilância epidemiológica; vigilância sanitária; gerência de assistência à saúde, controle e avaliação; programação pactuada e integrada (PPI); programas assistenciais específicos (tuberculose, hanseníase, atenção à saúde da mulher e da criança).

O estudo em torno da tríade 'usuário da informação' x 'conteúdo informacional' x 'periodicidade de acesso' evidencia intensa flutuação, não permitindo extrair-se um padrão de comportamento de uso dos produtos/saídas do AmIS. O resultado desta análise suscitou a primeira pergunta apresentada anteriormente. Ao cotejá-lo com os relatórios da observação participante, ficam evidentes as coincidências com momentos de crise, de conflito entre áreas técnicas, mudanças de chefias, greves, epidemia de um determinado agravo (por exemplo, dengue). Tal resultado confirma um dos fundamentos do AmIS: sua relação de dependência do contexto institucional e, por conseguinte, do processo de trabalho e de decisão. Serve de alerta para futuras iniciativas de adoção do AmIS, no sentido da imperiosa necessidade do estabelecimento de estratégias que, sem desvinculá-lo do processo de trabalho e de decisão, minimizem sua vulnerabilidade a conjunturas instáveis.

O AmIS constitui no tempo/espaço virtual uma rede de novos dispositivos de governança colocados a serviço dos gestores. Quem se beneficia com esses dispositivos? A população usuária de ações e de serviços de saúde qualificados, efetivos e distribuídos com equanimidade. Mas, a quem interessa uma população usuária atendida com qualidade, efetividade e equanimidade? Aos gestores de saúde? Caso a resposta seja afirmativa, surge a pergunta: por que o uso da informação pelos gestores não se torna sistemático?

Ao longo dos oito anos estudados, a análise do perfil dos interlocutores envolvidos demonstra que estes não se transformaram em usuários intensivos da informação. A investigação identificou os seguintes interlocutores: SES (através de diferentes setores), Cosems/RJ, SMS (tanto gestores quanto coordenações dos canais de atenção), coordenadores e equipes das CR componentes da RCR/RJ, comissão metropolitana do ERJ, direções, chefias de clínicas /especialidades/serviços e núcleo interno de regulação das unidades

hospitalares (UH) públicas, das três esferas de governo. A participação nas discussões não se traduziu em gestos/ações que expressem novas práticas e saberes decorrentes da incorporação de ações informacionais na gestão e no processo de trabalho.

Um indicativo de tal realidade encontra-se na fragilidade do processo de uso e atualização, em tempo real, das informações no âmbito do AmIS, questão nevrálgica para os fluxos regulados dos pacientes no estado. Uma explicação para este resultado pode ser encontrada na história institucional das UA. Estas se constituíram de forma atomizada, tornando-se 'ilhas' em busca de excelência. Essa racionalidade se reproduz para o interior dos hospitais, onde cada especialidade (enfermaria) conforma um espaço de micropoder das lideranças médicas que se organizam ao seu redor. Essa *práxis* é oposta a propostas de organização de 'rede assistencial regulada', que têm como pressuposto a 'abertura desses espaços de micropoderes' e o rompimento com a opacidade das 'razões de Estado'.

A hipótese suscitada é que a 'cultura institucional' torna-se um obstáculo para adesão do corpo técnico dos estabelecimentos de saúde (onde são geradas e registradas as informações) a processos que tornem transparentes seus fluxos internos de admissão e alta, uma vez que a estrutura do AmIS pressupõe acesso aos dados via Internet e/ou Intranet. Mesmo sem estar implementado em toda a sua potencialidade, o AmIS confere transparência à dinâmica cotidiana de trabalho e da assistência ofertada, possibilitando que seja submetida a um crivo mais amplo, como o dos CS.

É nesse contexto – transparência propiciada pelo AmIS – que surge o debate político sobre quem define e como são definidos os critérios dos fluxos assistenciais. Dito de outra forma: 'de quem são os leitos do SUS?' Do chefe da enfermaria/do serviço? Do diretor clínico do hospital? Do médico regulador? Da população adstrita ao hospital, segundo aplicação dos protocolos de regulação pactuados?

Ações informacionais são pré-requisitos para 'fazer regulação em saúde': a partir da gestão qualificada da informação, com uso intensivo de TI, direcionada para o monitoramento da oferta de serviços de saúde, em um determinado território, em um específico tempo, viabilizando que a CR seja o elemento catalisador das informações sobre a situação, mais próxima do real possível, da disponibilidade de recursos adequados para o acolhimento dos pacientes, no tempo eficaz, à luz dos protocolos de regulação. Para isso, faz-se necessário que as UA mantenham, com a CR da região, contínuo fluxo de informações sobre o *status* de seus leitos, por exemplo.

A estratégia adotada de interlocução, gradualidade e construção coletiva com os envolvidos, inclusive com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), não se mostrou suficiente para a adesão a um processo que pressupõe transparência das informações com o objetivo de clarificar o processo de trabalho instituído. O discurso vigente afirma que os 'os leitos do SUS são do paciente'. Entretanto, observou-se intenso espaço de disputas em torno do profissional que está investido da autoridade de decisão sobre quem entra e sai dos leitos. Historicamente construído em torno das chefias das enfermarias, esse espaço de micropoder resiste a critérios, mesmo pactuados, voltados

para um atendimento equânime aos cidadãos. Observou-se também resistências no âmbito de estruturas centrais da SES e de algumas SMS.

A dificuldade de manutenção das informações próxima ao tempo real, necessária à regulação assistencial, encontra outro limitante: diante da escassez de oferta de serviços, em alguns canais de atenção, observa-se que os municípios de menor porte (menor capacidade instalada e de 'poder de barganha política') aderem com rapidez aos processos regulados, mantendo atualizadas as informações. Mas, os de maior porte não priorizam a adoção de novas práticas, pois, além do necessário compartilhamento da capacidade instalada do município-polo, as novas práticas são traduzidas pela burocracia local como 'mais uma tarefa' e não como ações que contribuirão para agilizar e qualificar o próprio processo de trabalho.

Desafio/Limite 3: Função Estratégica para o SUS dependente de terceirização

Ao considerar a gestão das ações informacionais em saúde como macrofunção estratégica do SUS, a opção pela terceirização, mantida pela SES/RJ, de funções essenciais da gestão das informações (por exemplo, as de regulação assistencial), mostrou-se como uma das causas de atrasos e de perda de qualidade em todo o processo de inovação tecnológica. Agrega-se embate em torno da adoção de *software* público x *software* proprietário a partir da produção de conhecimento coletivo x privatização do conhecimento institucional. Diante de um processo de construção coletiva, no qual diferentes sujeitos históricos – gestores, profissionais, pesquisadores, conselheiros de saúde – contribuem para a modelagem e melhoria das funções do AmIS, como lidar com movimentos de apropriação dessa *expertise* coletiva por uma determinada empresa, que passa a oferecer no mercado da saúde 'novas soluções de informática'?

A situação de dependência das estruturas de informação das gestões estaduais agrava-se diante de legislação vigente na maioria dos estados brasileiros, que define o provimento de cargo de analista de sistema e profissões correlatas privativas das empresas estaduais de processamento de dados. Em função dessa legislação, o Cisa/SES-RJ foi impedido de incluir, no concurso público de 2001, profissionais oriundos de campos de saberes fundamentais para a conformação do AmIS.

A análise das atas de reuniões da plenária do Conass e de sua Câmara Técnica de Informação e Informática em Saúde identificou dois outros problemas: baixos salários, acarretando pouca procura por concurso para provimento desses cargos; ausência de uma consistente formação permanente da equipe técnica. Apesar de 6.822 profissionais em todo o estado, de 2003 a 2006, terem participado de capacitação, observou-se significativa rotatividade dessa força de trabalho egressa que, tão logo adquiriam alguma formação específica, competiam no mercado por melhores salários, abandonando o setor público.

Tal realidade agrava e consolida a dependência a empresas, tornando vulnerável a gestão do SUS, sua autonomia, bem como a privacidade dos cidadãos usuários dos serviços

de saúde. Esta tendência crescente avança *pari passu* ao sucateamento das instâncias públicas de gestão das ações informacionais em saúde. Dois exemplos ilustram esta tendência:

- Por que a versão web do Sisreg/Datasus, até dezembro de 2006 em teste no município do Rio de Janeiro, não tem seu aperfeiçoamento priorizado pelo Datasus, que opta por 'procurar no mercado uma solução melhor'?
- Por que a implantação do Hospub nos hospitais públicos ficou restrita às UH, dificultando processo articulado de rede assistencial, independente da esfera de governo? Mesmo nas UH estaduais, observou-se pouco engajamento de suas chefias na utilização de funcionalidades do Hospub, especialmente as de gerenciamento hospitalar e as que permitem transparência ao controle do almoxarifado e farmácia, por exemplo.

Desafio/Limite 4: Qual a compreensão dos partícipes da experiência sobre AmIS e regulação assistencial no SUS?

O modelo do AmIS pressupõe que este seja fruto do pacto estabelecido entre os envolvidos, o que inclui o próprio entendimento em torno do escopo de sua atuação e significado em determinado contexto histórico. Entretanto, tendo por referência a análise do material estudado, observou-se que não foram amplamente apropriados pelo conjunto do SUS/RJ nem o entendimento do AmIS, nem o processo de regulação assistencial.

Ocorreram frequentes relatos/reivindicações de gestores e diretores de estabelecimentos de saúde que reduziam o debate da informação em saúde a questões específicas de determinado SIS, reafirmando sua fragmentação, e de TI em saúde, como distribuição de computadores e acesso à Internet.

A implementação do AmIS, nos moldes dessa experiência (imbricada à regulação em saúde), traduz novos saberes e práticas voltados para o desenvolvimento da capacidade de governança dos gestores do SUS. A inovação não se refere apenas ao AmIS, mas também à regulação assistencial, que, neste caso, se diferencia da lógica de controle e avaliação dos recursos existentes. A regulação assistencial passa a constituir um novo mecanismo de qualificação e fortalecimento da gestão do SUS, com sua atuação ocorrendo *pré-factum* e não *pós-factum*. Ou seja, a regulação se dá antes da efetivação de determinados procedimentos de saúde, ao analisar, à luz dos protocolos de regulação pactuados, qual a intervenção mais adequada ao atendimento da demanda. A equipe técnica diretamente envolvida na regulação atua como 'advogada de defesa' dos interesses/necessidades dos usuários do SUS, não decidindo a partir da 'existência de teto financeiro ou de AIH disponível', como acontece no âmbito do controle e avaliação em várias SMS e SES, onde um dos legados da racionalidade do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) refere-se à autorização de procedimentos, pelo médico-supervisor, segundo a disponibilidade financeira.

É importante destacar que não há consenso em torno deste entendimento. O Ministério da Saúde defendia, à época, maior proximidade entre regulação e controle-avaliação,

que conformariam uma tríade ao incluir-se a auditoria. Já a SES/RJ defendia que regulação assistencial tem por pressuposto defender o direito do cidadão/paciente de receber o atendimento necessário, 'de acordo com os protocolos de regulação pactuados', independente da existência de 'teto orçamentário/financeiro/de AIH', por exemplo, tendo por referência o texto constitucional que garante o direito universal à saúde.

A regulação assistencial implementada nesta experiência afirmava que a disponibilidade financeira pode e deve ser um critério utilizado pelo controle-avaliação, mas não no escopo de protocolos de regulação, portanto, não estando incluído nas atribuições de médicos-reguladores. Estes devem ater-se a analisar a situação clínica do paciente e, em interlocução com o médico-assistente, estabelecer o melhor fluxo para o atendimento resolutivo. Aliar a função de médico-supervisor a de médico-regulador pode caracterizar um 'conflito de interesses' (do paciente em ser atendido e do gestor em não ultrapassar sua disponibilidade financeira), dificultando que o médico-regulador exerça em plenitude seu papel: defender o interesse do paciente, para além de uma concepção racionalizadora. Nesta situação, a análise da disponibilidade de recursos financeiros da SES e/ou SMS permanece única e exclusivamente como atribuição das estruturas de controle e avaliação.

Desafio/Limite 5: Pactos estabelecidos – a distância entre intenção e gesto

Em vários momentos, observou-se que, com a substituição de um secretário municipal de saúde, seu sucessor quer inaugurar 'o novo', como se o marco zero coincidisse com sua entrada na gestão da saúde. Essa racionalidade impregna a prática política brasileira e confunde o debate entre as conquistas inerentes à alternância de poder, nos marcos da democracia representativa.

As mudanças, tanto de titulares da pasta quanto de seu *staff* diretivo, acarretaram interrupções significativas na logística técnica-operacional da regulação assistencial, por conseguinte nos avanços do AmIS no estado. As alterações impõem novas 'rodadas de negociação' para a continuidade dos pactos estabelecidos. A busca pelo alcance da continuidade dos pactos gerou vários conflitos nas regiões do estado, resistências e contradições nos encaminhamentos. As forças políticas vinculadas ao SUS/RJ oscilaram entre resistência aberta à iniciativa ou descrença e apoio entusiástico ou cauteloso ("É bom demais para ser verdade! É uma utopia!"– depoimento de uma secretária municipal de saúde em reunião da CIB-RJ, 2005).

Tendo como pressuposto que a realização de procedimentos regulados pode ser um indicativo do comprometimento dos gestores com os pactos expressos nas resoluções e deliberações da CIB-RJ, analisa-se, em abordagem quantitativa, os procedimentos realizados, à luz dos protocolos de regulação, intermediados pelo AmIS. A Tabela 1 apresenta a proporção de internações reguladas/informadas no total das internações realizadas, por região, do primeiro semestre de 2004 ao primeiro semestre de 2006.

Observa-se um avanço da regulação assistencial no ERJ ao se analisar o aumento gradual no número de internações reguladas/informadas. Retirando-se o município do Rio

de Janeiro, observam-se os seguintes percentuais para o estado: 23,2% em 2004; 29,7% em 2005; 38,1% apenas no primeiro semestre de 2006.

Desde o início do processo, o município do Rio de Janeiro apresentou percentuais muito abaixo da expectativa. Esse desempenho impactou nos percentuais totais do estado. Cabe destacar a diferença dos valores quando se desagregam por canais de atenção. Por exemplo, a psiquiatria superou a meta definida, alcançando, no primeiro semestre de 2006, 100% das internações nas seguintes regiões: Metropolitana 1 e 2, Baixada Litorânea, Centro-Sul Fluminense e município do Rio de Janeiro. No entanto, quanto às internações classificadas como da rede de alta complexidade e clínica médica, instalada nos grandes municípios, houve pouco avanço.

Tabela 1 – Percentual regulado/informado de internações/SUS no estado. Rio de Janeiro – 2004-2006

Regiões	2004		2005		2006
	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre	2º Semestre	1º Semestre
Baía Ilha Grande	0.3	31.6	12.3	26.1	66.9
Baixada Litorânea	1.85	1.2	0.6	1.5	0.6
Centro-Sul Fluminense	9.1	23.5	37.2	84.7	58.5
Médio Paraíba	30.4	45.3	34.6	54.7	60.5
Metropolitana 1	31.8	30.1	31.6	24.6	30.0
Metropolitana 2	4.4	5.4	9.7	10.7	12.5
Noroeste Fluminense	0	0	3.9	49.6	94.8
Norte Fluminense	36.5	52.3	75.4	67.3	74.0
Serrana	11.5	23.9	18.8	24.5	26.3
Total Parcial	17.1	24.8	25.6	34.0	38.1
Rio de Janeiro	2.4	2.8	0.5	*	8.0
Total	13.9	20.1	20.3	28.1	27.6

* Não se dispõe das informações referentes ao 2º semestre de 2005 no município do Rio de Janeiro.
Fonte: SIH (Base SES/RJ/2004-2006) e Sisreg (Base das diversas regiões).

O valor próximo a 30% não significa, por si só, que essas internações ocorreram com a agilidade e qualidade necessárias. A lógica de utilizar o número de internações como indicativo retrata tão somente expansão no acesso regulado, não permitindo nenhuma outra inferência. Existe uma lacuna na estrutura dos dados do AmIS desenvolvido na SES/RJ, indicando a necessidade de novos formatos de informações que permitam um monitoramento contínuo do processo de trabalho em saúde e em torno dos resultados alcançados, como ação incorporada ao cotidiano da gestão em saúde.

Destaca-se, por exemplo, a não adoção, dentre os relatórios de rotina, de indicadores que permitam o monitoramento da ‘fila de espera’ dos pacientes e seu *follow up*, em termos

de agravamento, por exemplo, pela demora no atendimento, ou mesmo pelo não atendimento. A não publicização desse monitoramento, principalmente para os CS, representa uma opção política que contribui para a manutenção desse *status quo*. Incluir no AmIS a perspectiva desse monitoramento na rotina dos serviços de saúde não é suficiente, mas com certeza é necessário para que se possa subsidiar uma nova prática, para além de uma lógica contábil e de produção historicamente construída.

Da análise do discurso e de seu arcabouço normativo-institucional, extrai-se a intenção do alcance da atenção integral, da melhoria da gestão do SUS/RJ e dos serviços de saúde calcados na integralidade, regionalização, hierarquização e qualidade. O problema é: no período estudado, persistiu uma distância entre a plena realização da 'intenção' e a concretude do 'gesto', ou seja, sua materialização efetiva no real. O estudo do rastreamento das internações (totais e reguladas) evidenciou que o fluxo assistencial não se mostrou compatível com as deliberações, resoluções e os próprios protocolos de regulação pactuados.

Discussão e Considerações Finais

Depreende-se dos resultados que o SUS/RJ não incorporou, em larga escala, as ações informacionais vinculadas ao processo da regulação assistencial como estratégia de ampliação de seus dispositivos de governança. A análise do longo processo de implementação do AmIS no ERJ evidencia que este é um desafio complexo, que só avança com a efetiva decisão política dos envolvidos, tanto das esferas decisórias quanto das técnico-operacionais. É preciso que todos se comprometam e participem, ou seja, é um desafio dos componentes do SUS.

A investigação da aplicação desse modelo teórico em uma situação concreta, articulada à implementação da regulação assistencial em saúde, pelo período de oito anos, produziu resultados que permitem responder às duas questões iniciais, quais sejam:

- Contribuiu para uma gestão direcionada à incorporação das ações informacionais nos processos decisórios em saúde? Em termos.
- Forneceu subsídios para o aprimoramento do modelo original de AmIS, colaborando para a melhoria de sua aplicação em outras iniciativas de gestão estadual no SUS? Sim.

A análise evidenciou que o debate em torno da gestão das ações informacionais em saúde foi intensificado no decorrer do período *pari passu* à implantação do AmIS. Ocorreram avanços gerenciais, incorporação de inovações, capacitações, produção de saberes e práticas novas no intercampo da informação e TI em saúde, em dupla direção: nas instituições de ensino e pesquisa envolvidas e nos serviços de saúde. Antigos e novos problemas foram enfrentados. No entanto, os benefícios para a população são encobertos diante da magnitude e de dimensões ainda não suficientemente compreendidas. Ao final de oito anos, encontrar percentuais em torno de 30% de internações reguladas face o total de internações que continuaram acontecendo de forma casuística, independente do

perfil da demanda e da oferta dos serviços de saúde e à revelia dos protocolos de regulação pactuados, sinaliza um contexto que precisa continuar sendo investigado.

É um equívoco supor que as 'soluções' se encontram no AmIS em saúde *in per si*, em uma postura tecnocrática e tecnicista. Essas 'soluções', ao transcenderem o escopo do AmIS, transbordam para o contexto da regulação assistencial, e deste para o contexto da construção histórica da tríade saúde/doença/cuidado, inserida na formação política, social e econômica brasileira. Talvez esta constatação, enriquecida pela citação de Chauí no início deste capítulo, seja a principal contribuição da iniciativa do SUS/RJ a outras experiências de gestão estadual: evidenciar a necessidade de uma compreensão rigorosa do contexto, no qual está sendo adotado o AmIS e com isso desvendar caminhos a serem trilhados para o enfrentamento de limites/desafios, não única e exclusivamente em seu âmbito.

Afinal, o desafio/limite 1 da lógica fragmentada e fragmentadora caracteriza o Estado brasileiro que atua não a partir de uma ação global, permanente e transparente, mas de forma essencialmente reativa e tópica, respondendo a 'crises localizadas'.

Em relação ao desafio/limite 2, Moraes (2002) demonstrou que, na vida contemporânea, cada vez mais coexistem superinformação e subinformação, abundância e escassez de informação, em um processo de intensa transparência da sociedade para o Estado, mas de opacidade do Estado para a sociedade. Neste contexto, como podem se consolidar dispositivos, como o AmIS, voltados para a transparência das 'razões e ações do Estado'? Afinal, a quem interessa o uso da informação nos processos decisórios? O legado do recente período autoritário (golpe militar de 1964), no qual 'informação é uma questão de segurança nacional', agravou ainda mais a percepção de ameaça aos micropoderes consolidados diante de dispositivos que confiram transparência ao funcionamento das instituições. Estas se sentem 'vulneráveis' ao exercício do controle social.

As discussões decorrentes da implantação do AmIS vinculado à regulação assistencial desvendaram, de forma inquestionável, o jogo de poderes que se efetiva em torno do controle dos leitos do SUS. Ocorre uma defesa acirrada da manutenção de um *status quo* no qual impera a opacidade sobre a situação real da ocupação dos leitos, sobre quem está de fato investido da 'autoridade' de decidir sobre quem é internado e a partir de quais critérios.

A implantação de mecanismos que confiram transparência a critérios orientadores do fluxo assistencial, rompendo com clientelismos e casuísmos nesta dinâmica cotidiana, não é um desafio apenas para a gestão das ações informacionais. Como conseguir apoio para uma iniciativa que defende a incorporação, na cultura institucional, do princípio de que as informações fornecidas pelo cidadão são dele e não da instituição, da equipe ou do médico? Poder efetivar a resposta de que as informações em saúde e os leitos do SUS são 'do cidadão' é um desafio para o SUS, onde está inclusa a atuação dos conselheiros de saúde. Duas frases ilustram a dimensão deste desafio/limite 2: "Os governos não gostam das informações, porque elas lhes retiram liberdade e capacidade discricionária" (Lord John Maynard Keynes). "Eu não tenho escrúpulos: o que é bom a gente fatura, o que é ruim a gente esconde" (ministro de Estado da Fazenda Rubens Ricupero, em conversa com o

jornalista Carlos Monforte, 1994. O sinal do *link* via satélite que transmitiria a entrevista já estava aberto, e os lares cujas antenas parabólicas estavam sintonizadas no canal privativo de satélite da Rede Globo captaram a conversa informal).

O estudo das atas das reuniões de instâncias nacionais do SUS evidencia o predomínio de formulações que restringem o debate em torno da informação a tecnicalidades computacionais, confinando-o a aspectos pontuais, com baixa capacidade de mudanças, esvaziando o processo de (re)pensar as informações e a TI em saúde. A opção dos gestores por processos de terceirização de ações informacionais enfraquece a capacidade de intervenção da gestão pública em saúde. Torna o exercício desta função estratégica para o SUS dependente de um mercado empresarial poderoso (desafio/limite 3).

Ao fragmentar a 'busca de soluções' a partir de contratação, no mercado, de diferentes 'pacotes informacionais' e/ou *softwares houses*, perde-se a possibilidade da apropriação do desenvolvimento informacional como parte integrante da inteligência pública em saúde. Apesar de não explicitado no discurso, subjaz uma concepção de externalidade das ações informacionais à própria *práxis* da saúde. O entendimento majoritário encontrado nos documentos estudados caracteriza as práticas e saberes da informação em saúde como fora da ação finalística da saúde, caminhando em sentido contrário à evidência de sua crescente incorporação ao processo do cuidado em saúde.

A 'política real' de informação e informática em saúde também utiliza, como justificativa para a terceirização, a opção por uma política de fomento e incremento do mercado/setor produtivo da TI e informação. De fato, observa-se uma atualização, no intercampo da informação em saúde, de embates históricos da sociedade brasileira em torno do papel do setor público e do setor privado. É anterior ao SUS a luta por uma política que priorize investimentos nas instituições e serviços públicos, onde o setor privado participe de forma complementar.

Os investimentos realizados são focais, atomizados, não obedecem a padronizações abertas e são estruturados de forma isolada, seja entre esferas de governo, seja dentro da mesma esfera, agravando a situação, cada vez mais comum, de aprisionamento (*lock-in*) de entidades públicas às empresas vencedoras das licitações com suas 'soluções tecnológicas proprietárias'. Em nome do fortalecimento dessas empresas, de seu *business intelligent* – BI privado –, observa-se uma ausência sistemática de incremento ao desenvolvimento do 'BI público' *pari passu* ao sucateamento de espaços públicos de gestão da informação e TI em saúde, acarretando importantes lacunas de saberes e práticas para a melhoria da saúde – principalmente em situações que a dinâmica empresarial não vislumbre como promissor –, havendo uma similitude nesta racionalidade à encontrada no âmbito das doenças negligenciadas pelas empresas produtoras de medicamentos, por exemplo.

A proposta de organização do AmIS se constitui em um amplo processo de aprendizagem coletiva, com práticas calcadas na solidariedade, no compartilhamento de responsabilidades, de circulação de ideias e saberes envolvendo instituições acadêmicas e de serviços de saúde, apontando caminhos profícuos de inovações. Implantar modelos de gestão da informação e TI em saúde não pode ser traduzido/reduzido a ir ao mercado e comprar uma 'solução de informática' *prêt-à-porter*.

O fortalecimento da gestão pública das ações informacionais enfrenta importantes interesses privados que lutam tanto para se tornarem perenes quanto para se apropriarem da produção de conhecimento institucional gerado coletivamente pelos parceiros do SUS, incorporando-os a 'seus novos produtos' ofertados ao próprio SUS. As instituições de saúde se apresentam fragilizadas nas negociações de prorrogação/renovação de contratos em face de sua pouca autonomia, *expertise* e equipe constituída em seu interior. Estabelecem-se, entre a esfera pública e os interesses privados, relações nas quais as fronteiras se diluem, tornam-se tênues: se 'desmancham no ar'! É um desafio do Estado e da sociedade brasileira (re)construir o significado de *res publica* (coisa pública), o compromisso com o 'bem comum', o valor ético atribuído à vida humana, o direito universal à saúde e o papel do setor privado nesta equação.

A introdução de novas práticas em espaços institucionais consolidados gera resistências tanto de 'feudos técnicos' cristalizados em micropoderes quanto dos interesses que se beneficiam com a manutenção do *status quo*. Diante dessa conjuntura, perde-se a oportunidade de surgimento de novas formas de organização do cuidado/atenção à saúde propiciadas por um desenvolvimento informacional público incorporado ao 'fazer saúde', nos marcos do SUS.

O novo a ser criado não significa, necessariamente, inovações metodológicas e tecnológicas. Em muitos casos, remete a novos conceitos e entendimentos em torno de ações existentes, que passam a ter outras significações e diferentes impactos na *práxis* em saúde, à medida que o contexto histórico muda. Esta parece ser a situação que envolve a implantação de um ambiente de informações em saúde, bem como da regulação assistencial. Esta questão se mostrou central na dinâmica da experiência estudada (desafio/limite 4): qual a compreensão sobre AmIS e regulação assistencial no SUS?

A cada reunião era necessária nova explanação sobre o que é 'regulação assistencial' e um 'ambiente de informações em saúde'. Cita-se um exemplo emblemático: ao serem perguntados sobre o que entendiam como regulação, a grande maioria dos aprovados no concurso para o cargo de médico-regulador foi clara: "não sei do que se trata!". Este é um desafio para a gestão do AmIS e da regulação assistencial em interlocução com todo o SUS.

A evolução temporal do percentual de internações reguladas *vis-à-vis* o total de internações evidencia as consequências, para a saúde da população, de situações onde ocorra uma convergência de forças políticas em um determinado tempo/espaço, aumentando-se a probabilidade de cumprimento dos pactos estabelecidos, ou onde ocorram mudanças nesse equilíbrio instável. A execução de pactos políticos confere materialidade à distância entre intenção e gesto (desafio/limite 5). Paim (2008: 319) alerta para a dimensão substantiva desta questão: "um dos maiores desafios colocados no presente, ao lado do financiamento estável, é como assegurar uma autonomia relativa do SUS e das políticas de saúde em relação às interferências partidárias e corporativas".

A efetivação de uma rede de sistemas e serviços regionalizada, hierarquizada de atenção integral à saúde pressupõe a incorporação na *práxis* em saúde de transparência das 'razões de Estado' e de seus pactos políticos, bem como da 'ética da solidariedade'

(Morin, 1997), superando padrões competitivos de relacionamento inter e intra-institucional, com o compartilhamento de espaços e mecanismos técnico-operacionais, como implícito na atualização do AmIS, expressando novas práticas políticas na gestão em saúde. Este é um desafio para o SUS em sua inserção no Estado brasileiro.

A investigação resultou em importantes aportes para o aprimoramento do modelo original de AmIS, contribuindo para a melhoria de sua aplicação em outras iniciativas de gestão estadual no SUS. Há ainda um longo e complexo caminho a ser construído para que o AmIS possa efetivamente ser apropriado como dispositivo que amplia a capacidade de governança dos gestores de saúde e a visibilidade das ações governamentais para o controle social, contribuindo, em toda sua potencialidade, para a (re)organização do sistema de saúde em uma rede regionalizada, hierarquizada, equânime e com qualidade. Neste cenário, o AmIS terá a conformação que expresse a correlação de forças, formada na defesa de seus fundamentos e no compromisso com a transparência das 'razões de Estado', que orientam a política de saúde em espaços/tempo concretos. Utilizar a palavra 'desafio' junto à palavra 'limite' significa perceber o presente carregado de possibilidades voltadas para o fortalecimento do pacto ético da solidariedade na saúde como fundamento para que a sociedade brasileira vivencie o 'encantamento' e a 'esperança' no SUS.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3): 30-50, 2005.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e integração nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12(12): 301-306, 2007.

CASTELLS, M. *Sociedade em Rede – a era da informação: economia, sociedade, cultura*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CENTRO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE/SECRETARIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Cisa/SES-RJ). Plano de Regulação da Assistência do Estado do Rio de Janeiro 2006-2009. Rio de Janeiro, 2006.

CHAUÍ, M. S. *Vida e Obra de Baruch Espinosa*. São Paulo: Nova Cultural, 1997. (Coleção Os Pensadores, Espinosa)

DUNLEY, G. A. *Festa Tecnológica: o trágico e a crítica da cultura informacional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RJ. *Diário Oficial do Estado*, Rio de Janeiro, n. 39, 24 jun. 1999.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RJ. *Diário Oficial do Estado*, Rio de Janeiro, n. 203, de 04 nov. 2005a.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RJ. *Diário Oficial do Estado*, Rio de Janeiro, n. 205, de 20 dez. 2005b.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES-RJ, n. 2.102, de 14 jul. 2003. *Diário Oficial do Estado*, Rio de Janeiro, 2003.

ESPINOSA, B. *Tratado Político*. São Paulo: Nova Cultural, 1997. (Coleção Os Pensadores, Espinosa)

FOUCAULT, M. O que é o iluminismo? *In*: RABINOW, P. *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books, 1984.

GÓMEZ, M. N. G. Para uma reflexão epistemológica acerca da ciência da informação. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 6(1): 5-18, 2001.

KANT, I. *Crítica da Razão Pura*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996. (Coleção Os Pensadores)

LEVY, P. *As Tecnologias da Inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G. & SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MORAES, I. H. S de. *Política, Tecnologia e Informação em Saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: UFBA, Casa da Qualidade, 2002.

MORAES, I. H. S & GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3): 550-551, 2007. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 09 maio. 2010.

MORAES, I. H. S & VASCONCELLOS, M. M. Política nacional de informação, informática e comunicação em saúde: um pacto a ser construído. *Revista Saúde em Debate*, 69(29): 86-98, 2005.

MORAES, I. H. S *et al*. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 879-888, 2009.

MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade. *In*: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A. & ALMEIDA, M. C. (Orgs.). *Ensaios de Complexidade*. Natal, Porto Alegre: UFRN, Sulina, 1997.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

RISI JR., J. B. Rede interagencial de informações para a saúde: dez anos de desenvolvimento. *In*: MINISTÉRIO DA SAÚDE, OPAS. *A Experiência Brasileira em Sistemas de Informação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Opas, 2009.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B. & MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, supl. 1: S173-S182, 2008.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H. S & CAVALCANTE, M. T. L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Revista Saúde em Debate,* 61: 219-235, 2002.

Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Âmbito Estadual: o estado do Rio de Janeiro em foco

8

Neuza Maria Nogueira Moysés
Marcia Teixeira
Maria Helena Machado
Eliane Oliveira
Antenor Amâncio Filho
Mônica Wermelinger

A organização do Estado brasileiro sob forma de república federativa, com repartição de competências, supõe a existência de relações intergovernamentais articuladas entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com consequente distribuição e divisão de poder caracterizando-se, ainda, por duas leis: a da autonomia e a da interação entre as coletividades/membros e o governo federal.

Historicamente, o federalismo do Estado brasileiro não encontrou sua configuração correlata. Apesar de, desde o período da República Velha, colocar-se a ideia de associativismo municipal, e as Constituições, desde a de 1891, fazerem referência à possibilidade de acordos intermunicipais, de criação de regiões com autonomia (a Constituição de 1967 e o art. 164 da emenda constitucional n. 1/69), preconizavam a criação de regiões metropolitanas, na prática o Estado brasileiro, excluindo alguns momentos de maior diálogo entre as distintas esferas de poder, manteve como característica o desequilíbrio estrutural das relações intergovernamentais, tanto no âmbito econômico-financeiro e técnico-administrativo, como político-institucional (Azem, Santos & Moysés, 1991).

A consolidação da União, com ênfase no papel do Executivo Federal, elegendo-o como instância privilegiada de poder – aspecto marcante do projeto político-econômico desenvolvido nos anos do regime autoritário –, descaracterizou de forma acentuada o federalismo brasileiro. Aos estados e municípios se atribuiu o papel passivo de acatar e fazer cumprir decisões e deliberações do governo federal, na expectativa de, como contrapartida, serem contemplados com as benesses do nível central, numa relação fortemente clientelista.

Assistia-se, assim, ao empobrecimento financeiro, político e administrativo das estruturas de poder estaduais e municipais e o fortalecimento do Estado Nacional, sem que o projeto político e social vigente gerasse qualquer medida de impacto numa perspectiva redistributiva de renda e de riqueza nacional, pelo contrário, esse projeto acabou aprofundando as desigualdades sociais.

Com a crise instalada a partir do esgotamento do denominado ‘milagre econômico brasileiro’, do advento do período da transição democrática, da implantação da ‘Nova Re-

pública' e da explicitação do fracasso do projeto autoritário, instaurado nos anos posteriores a 1964, cresce a discussão em torno de um novo projeto nacional, em que questões como a necessidade de descentralização do Estado brasileiro passam a figurar com destaque.

O processo de abertura política iniciado nos anos 80, embora tenha possibilitado a retomada da estabilidade democrática, o surgimento de novas lideranças no cenário político e o crescimento de movimentos organizados com base no protagonismo da sociedade civil organizada (como a mobilização das 'Diretas Já', campanha liderada por políticos, intelectuais e artistas que incentivou a população a sair às ruas para exigir o direito de voto) deflagra o processo em direção à democracia plena, processo ainda hoje em andamento (Dias *apud* Gorzoni, 2009).

No Brasil, o setor da saúde iniciou um processo de reestruturação desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A unificação e a descentralização, por meio da municipalização das ações e da rede pública de serviços de saúde, assim como a proposta de um novo modelo assistencial, foram e ainda permanecem como estratégias básicas para a implementação do sistema, que tem na equidade seu eixo condutor. O sistema institucionalizado determina que as ações e os serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e constituam-se em um sistema único de acesso universal organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, integralidade e controle social.

É nesse processo e considerando o movimento de reforma sanitária brasileira que buscamos discutir o papel do ente federado estadual ao longo da implantação do SUS, no que diz respeito à gestão do trabalho e da educação na saúde, contemplando, em especial, o estado do Rio de Janeiro.

Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Âmbito dos Estados

A gestão do trabalho na administração pública brasileira relaciona-se ao contexto político e econômico mundial, sendo impactada pelos movimentos de mudanças nos modelos de Estados Nacionais (que tem revelado uma disputa entre as concepções de um Estado provedor e de um Estado regulador), pela reestruturação produtiva (que cria e desenvolve novas formas de relações de trabalho) e pela incorporação tecnológica (que introduz novas práticas e novos processos de trabalho).

Assim, num momento de maior defesa de um Estado provedor, a Constituição de 1988 (CF88) instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), estabelecendo as regras que deveriam orientar a inserção e a permanência dos servidores públicos. Na esfera federal, essa norma constitucional se traduziu na lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990b), que dispõe sobre o Regime Jurídico dos servidores civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais, tendo cada estado desenvolvido processo próprio de organização do Regime Jurídico para os seus servidores. No âmbito da contratação de serviços, a administração pública passou a ser regida pela lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 (Brasil, 1993).

Em contrapartida, para fazer frente às novas demandas, que buscavam a consolidação de um modelo de Estado brasileiro gerencial/regulador, teve início, nos anos 90, um processo de reforma administrativa, institucionalizado pela emenda constitucional n. 19, de julho de 1998 (Brasil, 1998).

Entre outras propostas, essa reforma restringia o quadro de servidores com direito à estabilidade e conferia melhores salários às funções consideradas estratégicas e típicas do Estado brasileiro, como militares, procuradores, diplomatas, policiais, auditores fiscais, técnicos do Banco Central e especialistas em orçamento. Para os demais cargos, a reforma autorizava os municípios, os estados e a União a contratar servidores com base na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo esse um dos pontos mais polêmicos da citada emenda, confrontada pela dificuldade de acordo político para sua aprovação, principalmente em relação a institucionalizar o regime de CLT no serviço público. Foram impetradas, em 1999, Ações Diretas de Inconstitucionalidade (Adins), contra tais proposições, fazendo com que o modelo de reforma fosse parcialmente implantado, mantendo-se o RJU como forma exclusiva de incorporação de servidores na administração pública nas diferentes esferas de governo (lei n. 8.112/1990) e adotando-se, de forma complementar, a contratação de serviços pela via da terceirização (lei n. 8.666/1993).

Em uma primeira etapa da implementação do SUS, questões como a política de gestão do trabalho que contemplasse a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, os planos de cargos, carreiras e salários para os trabalhadores de saúde e a melhor qualificação profissional, aglutinaram e mobilizaram gestores do SUS, formuladores de políticas para a saúde, trabalhadores e suas representações, questões consideradas como essenciais para atingir os objetivos propostos pelo SUS, e tanto as diretrizes quanto as necessidades de recursos humanos deveriam refletir os objetivos e as formas de organização dos serviços de saúde. Como sublinha Santana:

> Adotados os objetivos de eficiência e eficácia social, de equidade e de democratização e a organização segundo necessidades de saúde, a quantidade e o perfil de recursos humanos serão definidos, inicialmente, com base num conceito equivalente ao de demanda social por trabalho em saúde: reflete o número e a composição de empregos adequados a um padrão de atenção médico-sanitária socialmente desejável, o que nas metas de SPT/2000 significa universalização do acesso, equidade no atendimento e integralidade das ações, nas modalidades assistenciais adequadas, dentro de uma combinação técnica ótima dos recursos (físicos, humanos e financeiros) para produção de serviços. (Santana, 1990: 69)

A partir da segunda metade dos anos 90, as políticas de gestão dos recursos humanos em saúde passam a ser menos consensuais do que na década anterior, com a área da gestão do trabalho e da educação na saúde apresentando forte instabilidade, decorrente de confrontos de valores, que se generalizaram, acerca dos rumos a tomar diante das transformações recentes nas duas esferas e as diferentes propostas que surgiram do debate sobre o papel do estado e as mudanças nos instrumentos de gestão propostos por elas.

Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas, que incluem contratação temporária, terceirização através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades privadas lucrativas ou não lucrativas, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com organizações sociais de interesse público (Oscips) e outras (Conass, 2007).

A adoção dessas modalidades de contratação acontece em períodos e formas diferentes entre as próprias regiões e mesmo entre os estados de uma mesma região, devendo sua expressão ser analisada em cada contexto e de acordo com o modelo de gestão adotado pelo estado, pelo município ou pela União. Assim, por exemplo, apesar da modalidade de cooperativas ser pouco representativa na média nacional, encontraremos estados onde elas constituem a forma de vinculação predominante para algumas categorias, como médicos e enfermeiros. Da mesma forma, existem estados que adotam o modelo de organizações sociais para diferentes setores sendo, nesse caso, a força de trabalho não pertencente aos quadros da administração direta (Conass, 2007).

Adicionalmente, vale ressaltar que a flexibilidade de vinculação de recursos humanos que se faz ao mesmo tempo que diversos de trabalhadores são postos em condição de precariedade, não é uma inovação na área de gestão do trabalho em saúde. Desde o início da implementação do SUS, sua materialização dependeu das condições objetivas existentes em cada realidade local e de como cada esfera de gestão do sistema respondeu aos problemas de fusão de quadros de funcionários, culturas organizacionais distintas, remuneração e regimes de trabalho diferentes para trabalhadores, exercendo uma mesma função, existência de normas e regulamentos específicos para servidores federais, estaduais e municipais.

Segundo Gonçalves (1998), as diferentes terceirizações guardariam entre si alguns pontos convergentes, como: a cessão da capacidade instalada pública em saúde (na totalidade ou em parte) para que um terceiro, em nome da instância pública, execute os serviços de saúde pública; repasse de recursos públicos para a esfera privada; contratações ou convênios, muitas vezes feitos sem licitação; cessão de pessoal por parte do órgão público, com e sem ônus para as entidades conveniadas ou contratadas.

Para demonstrar essa tendência crescente no setor da saúde, enumeramos algumas experiências levadas a cabo por distintas secretarias de saúde. Embora todas estejam enfatizando a flexibilização dos custos salariais, há particularidades que merecem ser destacadas.

O primeiro processo de terceirização da gestão de saúde no Brasil, o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) no município de São Paulo, baseou-se na associação entre a prefeitura e uma cooperativa de médicos para a operação dos serviços, em que a cooperativa participa com o trabalho de seus cooperados, todos autônomos, enquanto a prefeitura contribui com as instalações e os equipamentos, além do pagamento da contribuição devida pelos beneficiários.

Com a lei municipal n. 11.866/95 (Governo do Município de São Paulo, 1995) foi autorizado o afastamento dos servidores municipais que se associaram às cooperativas de trabalho, por meio de licença durante a vigência do Plano, podendo ser afastados do exercício do respectivo cargo ou função, a critério da administração, com prejuízo de vencimentos e por prazo curto, para prestar serviços às entidades do PAS. A lei estabelecia também que o afastamento poderia se dá sem prejuízo de vencimentos, com ressarcimento pela entidade à qual o servidor presta serviço.

De acordo com a citada lei municipal, o servidor afastado também seria obrigado a reassumir o exercício do respectivo cargo ou função em caso de demissão ou exclusão da cooperativa de trabalho, sendo computado também de forma integral o tempo de afastamento do servidor, para efeitos de aposentadoria, disponibilidade, acesso, evolução funcional e promoção.

Em Tocantins, a Secretaria de Saúde celebrou convênio com a Sociedade Beneficente São Camilo, especializada em administração hospitalar. Entre outras características do convênio está a cessão de pessoal técnico especializado (nível médio e superior) e pessoal administrativo para o fim específico de prestação de serviços na área de saúde, transferindo para a Sociedade Beneficente São Camilo os recursos financeiros necessários, mediante a apresentação das faturas dos serviços efetivamente prestados aos usuários do SUS (Gonçalves, 1998: 7).

Na Bahia, com a lei n. 7.027, de 29 de janeiro de 1997 (Governo do Estado da Bahia, 1997), cria-se o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais. Em tese, o programa é rígido no que se refere à cessão de servidores, no entanto, estabelece dispositivo facilitando tal medida:

> O estado da Bahia veda a cessão de servidores da Administração pública direta, autárquica e fundacional, de qualquer dos Poderes, bem como de empregados das empresas públicas e sociedades de economia mista do estado, com ou sem ônus para o órgão ou entidade de origem, para servir nas Organizações Sociais de que trata a lei. (...) Contudo, quando fala em pessoal e recursos financeiros, prevê-se que tais organizações poderão contratar servidores do Estado ou de suas autarquias e fundações, de qualquer de seus Poderes, que estejam afastados para tratamento de interesses particulares. Tal dispositivo, evidencia, às claras, que servidores do Estado serão estimulados a pedir licença para tratamento de interesses particulares, sendo contratados, em seguida, pelas Organizações Sociais. (Gonçalves, 1998: 8)

Em Roraima, foi instituído pela lei n. 174, de 30 de junho de 1997 (Governo do Estado de Roraima, 1997), o Plano de Assistência Integral à Saúde (Pais), criando uma cooperativa de profissionais de saúde denominada Cooperativa dos Profissionais da Saúde Nível Superior (Cooperpai-Med) para administrar, além do convênio com o estado, a movimentação de recursos financeiros e a operacionalização do patrimônio alocado, além de alocação e pagamento de pessoal (Gonçalves, 1998). No estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Saúde estabeleceu em outubro de 1995 contrato com uma cooperativa de profissionais de saúde – Cooperativa de Atividade na Área de Saúde (Coopesaúde) para

prestação de serviços, administração e gestão do Hospital Geral de Nova Iguaçu, hospital federal estadualizado, também conhecido como Hospital da Posse. Segundo, Vieira Júnior:

> Os médicos recrutados foram os próprios médicos servidores federais ou municipais que já atuam no hospital e médicos que moram e ou militam na Baixada Fluminense. Muitos passariam a ter a situação de 20h contratual na rotina, enfermaria e ambulatório e 24h pela cooperativa para atuar na emergência, UTI e maternidade. (Vieira Júnior, 1996: 4)

Ainda segundo o autor:

> A cooperativa será organizada pelos profissionais do hospital, obedecendo à legislação específica. Composta por 214 médicos, 54 enfermeiros e 286 auxiliares de enfermagem que cumprirão horário de 24h, no caso dos médicos, e 30h, no caso da enfermagem, permitindo compatibilizar com o horário do seu contrato no caso de ser servidor público. A adesão dos profissionais à cooperativa obedeceu a critérios de necessidade de recursos humanos do hospital. A cooperativa será contratada pela Secretaria de Saúde do Estado e ficará submetida às normas e regimento do hospital. Ficará subordinada administrativamente à direção da unidade e tecnicamente às chefias de clínica, interferindo positivamente no funcionamento do hospital como um todo, na organização dos serviços, na busca crescente de eficiência e eficácia na prestação de serviços à população. (Vieira Júnior, 1996: 6)

Em virtude da aprovação da lei estadual, n. 2.878 (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 1997), de 23 de dezembro de 1997:

> Foi o Poder Executivo autorizado a mudar a forma de gestão dos hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, nos termos dos artigos 197 e 198 da Constituição Federal, sendo obrigatória, em qualquer caso, a formação de um conselho Curador, com poderes de fiscalização e controle, sendo composto de representantes do Poder Público e da Sociedade Civil. (Vieira Júnior, 1996: 6)

Em razão da mesma lei, foram relacionados os hospitais públicos a serem terceirizados (Pedro II, Rocha Faria, Albert Schweitzer, Carlos Chagas, Getúlio Vargas e Azevedo Lima), especificando-se que a referida transferência teria as seguintes características, feita mediante licitação:

> Regras claras quanto aos objetivos de eficiência; criação de um Conselho Curador em cada hospital, destinado a fiscalizar a administração terceirizada, exercendo o controle social interno no hospital, sem prejuízo da normal fiscalização desempenhada pela Administração Pública. (Vieira Júnior, 1996: 8)

Em relação aos recursos humanos, para concorrer ao processo de licitação para a terceirização dos hospitais listados anteriormente, a empresa deveria:

> I- Apresentar à SES política de pessoal para, se aprovado, ser implantada imediatamente, destinada a suprir as necessidades dos hospitais, contemplando a inclusão, em seus quadros, do maior número possível de funcionários públicos dos hospitais, estimulando a adesão desses funcionários ao novo sistema a ser criado pelo contrato, com, se for o caso, o afastamento ou desligamento desses funcionários do anterior

> regime por eles ocupados, devendo obrigatoriamente contemplar a assunção dos funcionários dos hospitais discriminados por unidade na proporção de 40% (quarenta por cento) consoante anexo III.
>
> II- Apresentação da proposta de assunção do maior número, superiores ao mínimo estabelecido no subitem 18.5-I de profissionais que estiverem prestando serviços nos hospitais, descrevendo a metodologia de execução e a sua factibilidade, bem como o organograma. (Vieira Júnior, 1996: 9)

Ainda que nos últimos anos esse tema venha sendo discutido e soluções sendo buscadas, em meio à diversidade de opções colocadas, as administrações públicas federal, estadual e municipal, a partir da década de 1990, ainda lançam mão dos contratos de serviços pela via da terceirização, alternando com a abertura de concursos, para a incorporação de funcionários pelo RJU. No entanto, fica evidente que o fenômeno da diversidade de vínculos tenciona a convivência das equipes no interior dos serviços, comprometendo as boas práticas de gerência e acirrando conflitos, pela não observância, em alguns casos, das proteções trabalhistas, com reflexos na atenção à saúde da população (Conass, 2004a).

Do ponto de vista legal, vale destacar que a multiplicidade de vínculos utilizados no interior do SUS nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador, mobilizando ações judiciais para cumprimento desses dispositivos.

Entretanto, ainda existem dificuldades no campo da gestão do trabalho, pela ausência de alguns marcos legais que favoreçam a estruturação de modelos gerenciais mais compatíveis com a lógica que orienta a organização dos trabalhadores em todo o mundo.

Para as questões mais complexas do campo da gestão do trabalho, vivenciamos hoje uma agenda ao mesmo tempo propositiva – visando a encontrar soluções para o impasse em relação a forma de ingresso e de gestão dos trabalhadores de saúde e suas múltiplas formas de vínculo – e reativa, ao procurar responder aos questionamentos dos órgãos de controle sobre a legalidade quanto a forma de incorporação do trabalhador que tem gerado impasses para o próprio Ministério da Saúde e para diferentes secretarias estaduais e municipais com grande constrangimento para os gestores.

Nos últimos anos, a proposta elaborada e fortemente debatida, geradora de impasses e resistências, principalmente das entidades sindicais, é a mudança de modelo de determinadas organizações do sistema para o de fundações estatais de direito privado.

O projeto, apresentado pelo governo federal, prevê, por meio de um contrato de gestão, a administração de instituições do serviço público por uma entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, instituída pelo poder público, com autonomia gerencial, orçamentária e financeira, patrimônio próprio e receitas próprias, submetida à gestão dos órgãos de direção ou gerência, conforme dispuser o seu estatuto.

Atuaria em áreas não exclusivas do estado e que não exijam exercício do poder de autoridade, como desporto, cultura, ciência e tecnologia, ambiente, saúde, previdência complementar e assistência social e fiscalizada pelos órgãos de controle. Com receitas constituídas pelas rendas da prestação de serviços ao poder público, do desenvolvimento das atividades e doações.

Em relação ao modelo de gestão para incorporação de pessoal, a proposta está vinculada à CLT, com concurso, plano de carreira, emprego e salários próprios. Ainda segundo a proposta, a remuneração seria compatível com o ofertado pelo mercado, com possibilidade de mecanismos de remuneração variável. Prevê-se, ainda, uma transição em que os servidores estatutários podem ser cedidos, em caráter excepcional, para a fundação, mas permanecerão regidos pelo regime estatutário, com todas as vantagens pessoais asseguradas, sem perdas salariais.

Não se aplicaria à fundação estatal o teto constitucional dos servidores não estando ela sujeita às disposições da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – lei complementar n. 101, de 04 de maio de 2000), especialmente nos limites de despesas com pessoal, identificado muitas vezes como um nó crítico para a gestão dos serviços de saúde (Figueiredo & Nóbrega, 2005).

Mais de um ano após o seu lançamento e apesar de identificado pela atual gestão do Ministério da Saúde como avanço no modelo de gestão, tal proposta permanece sem consenso entre os diferentes gestores, trabalhadores e suas representações. Algumas experiências foram lançadas no âmbito do SUS, nos estados da Bahia e do Rio de Janeiro, porém mantendo-se o impasse quanto ao melhor modelo de gestão do sistema.

No setor saúde, essa questão se agrava com as restrições orçamentárias impostas pela LRF, que limita os gastos com pessoal a 60% da receita corrente líquida, e pela necessidade de incorporação de pessoal para atender às novas demandas trazidas pelas políticas de saúde, que vão desde a estruturação de equipes básicas do Programa de Saúde da Família à gestão de serviços de alta complexidade e até mesmo fábricas de medicamentos, imunobiológicos e de outros insumos para a saúde.

Sobre a LRF, os secretários estaduais de Saúde, ao analisarem no Seminário de Construção de Consensos, realizado pelo Conass, em 2004, se a lei constituía em um fator limitante para a regularização da situação atual dos recursos humanos, a maior parte dos participantes concluiu que para a regularização funcional no âmbito dos municípios, sim. Quando se trata da expansão dos serviços, a LRF é, sim, um fator limitante. Nos estados com grande componente de prestação de serviços e, consequentemente, grande volume de pessoal, essa situação é mais crítica do que naqueles que vêm realizando uma adequação de suas funções ao novo contexto do SUS (Conass, 2004b).

A absorção das formas mais flexíveis de contratos pela administração pública brasileira, aprofundada na década de 1990, instituiu, de fato, uma lógica de gestão diferente daquela anteriormente vigente, e seus resultados têm sido objeto de debates entre gestores e trabalhadores, gestores entre si, legisladores, acadêmicos, sindicalistas, dentre outros grupos, constituindo-se em objeto de formulações de políticas e de dispositivos de reversão dos mecanismos precários de inclusão e manutenção dos trabalhadores do SUS. Reconhecê-los como elementos polêmicos, na política de gestão do trabalho, facilita a problematização e a identificação de formas adequadas de seu equacionamento (Conass, 2004b).

É fato que as questões enumeradas como problemas se reproduzem e se multiplicam como preocupações fundamentais entre dirigentes e gestores em todas as esferas de

governo, nos diferentes setores da administração, comprometendo a capacidade gestora do estado, e tem mobilizado as entidades de representação dos secretários estaduais – Conass e Municipais – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o governo federal na busca de soluções mais compatíveis com os aspectos que organizam o mundo do trabalho e com os mecanismos de gestão pública que integram o Estado brasileiro. Alguns avanços têm sido alcançados por meio das Comissões Intergestoras nas mesas de negociação e nos inúmeros colegiados constituídos para a discussão das questões relativas à gestão do trabalho.

Outro problema enfrentado pelos gestores federais, estaduais e municipais, referese à reposição dos servidores descentralizados (para estados e municípios) do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Providência Social (Inamps) – aproximadamente 50 mil servidores, representando um gasto equivalente a R$ 1 bilhão/ano e da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – 26 mil estimados porque, como se sabe, uma das razões de 'precarização' do trabalho está exatamente no processo de reposição desse importante contingente de trabalhadores, por parte dos estados e municípios (Conass, 2002).

Como pano de fundo da discussão, encontra-se o fato de que a implantação do SUS via descentralização das ações e dos serviços de saúde, não só ampliou a demanda por capacidade instalada de serviços nos estados e principalmente nos municípios, tendo ambos incorporado, de forma crescente, novos trabalhadores em um curto espaço de tempo. Ao mesmo tempo que as despesas com expansão dos empregos cresciam, medidas como a LRF restringiam os gastos com pessoal.

Alguns dados empíricos obtidos por consulta ao banco de dados da Pesquisa[1] de Assistência Médico Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE permite verificar o comportamento dos empregos e a capacidade instalada de serviços de saúde no período de 1992 (início da implantação do SUS) a 2005, que evidenciam o crescimento dos empregos públicos de saúde estaduais e municipais e o crescimento negativo dos empregos federais na área, assim como o crescimento da capacidade instalada. No âmbito da formulação política, estes fatos não foram acompanhados por medidas de equacionamento dos gastos, das responsabilidades e do financiamento.

No período de 1992 a 2005, observa-se uma expansão intensa da rede de saúde no Brasil. O setor contava com 49.676 estabelecimentos de saúde, 544.357 leitos e 1.438.708 empregos em 1992. Os números passam para 77 mil estabelecimentos, 433.210 leitos e 2.566.694 empregos, em 2005 (Tabela 1).

Chama a atenção o crescimento dos empregos com uma elevação de 78,4%, o que equivale a 1.127.986 novos postos de trabalho acrescidos ao mercado de trabalho de saúde.

[1] A comparação dos dados de 2005 com os dados da AMS (Brasil/IBGE, 1992) foi devidamente ajustada para adequar às mudanças introduzidas na estrutura do instrumento de coleta dos dados. A pesquisa AMS é de grande valia para a elaboração de estudos e pesquisas com foco no setor formal. As reconfigurações mais expressivas e controvertidas do mercado de trabalho em saúde ensaiadas ao longo dos anos 90 no Brasil – como os movimentos de terceirização e de flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do crescimento das cooperativas de trabalho e do recente *boom* das sociedades civis de profissões regulamentadas – fogem do âmbito da referida pesquisa.

Dessa forma, conclui-se que o setor saúde gerou 86.768 empregos formais por ano durante o período de 1992-2005.

Tabela 1 – Mercado de Trabalho em Saúde. Brasil – anos selecionados

Descrição/Ano	1992	2002	2005	Variação (92-05)
Empregos de Saúde	1.438.708	2.180.598	2.566.694	78,4
• Público	735.820	1.193.483	1.448.749	96,9
• Federal	113.987	96.064	105.686	-7,3
• Estadual	315.328	306.042	345.926	9,7
• Municipal	306.505	791.377	997.137	225,3
• Privado	702.888	987.115	1.117.945	59,1
Empregos por tipo de atendimento				
• Hospitalares	926.409	1.210.569	1.339.980	44,6
• Ambulatoriais	512.299	969.999	1.226.714	139,5

Fonte: Brasil/IBGE (1992, 2002, 2005).

Regulação Nacional, Papel do Âmbito Estadual e a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

São inúmeros os instrumentos legais e documentos oficiais que balizam as ações para o campo da gestão do trabalho em saúde, entre eles a Constituição Federal; a lei n. 8.080/90; a lei n. 8.142/ (Brasil, 1990a, 1990c); e a resolução CNS n. 225, de 08 de maio de 1997 (Brasil/MS, 1997).

No entanto, sem desconsiderar tais instrumentos normativos e seus impactos sobre a gestão descentralizada do SUS, foram as Normas Operacionais Básicas (NOB`s) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) e, mais recentemente o Pacto pela Saúde, que se destacaram como instrumentos reguladores do sistema. Vale assinalar que durante os anos 90 foram publicadas quatro NOB's e na década de 2000 a Noas.

As NOB's que regulavam o planejamento e a operacionalização do SUS fortaleceram as relações e o papel da instância municipal do sistema, as Noas, de certo modo, resgataram o papel dos estados no processo.

Pautado na força das NOB's como instrumentos normativos, entre os anos de 1996 a 2006, iniciou-se o debate e o processo de elaboração de uma Norma Operacional Básica específica para a área de recursos humanos (NOB/RH/SUS). A decisão de elaborar o documento foi tomada pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, com base em deliberação da 10ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de efetivação e unificação normativa dos procedimentos de gestão do trabalho em saúde. A construção da NOB/RH/SUS se deu de forma compartilhada e negociada com gestores e entidades representativas dos trabalhadores do SUS. Apesar de recolocar a importância da valorização profissional e a regulação das relações de trabalho no setor de saúde, a ausência de consenso sobre

alguns pontos, inseridos quando da elaboração do documento, impediu a publicação como uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS). Entretanto, o Conselho Nacional de Saúde aprovou o documento *Princípios e Diretrizes* como orientador da política nacional de gestão do trabalho e da educação no SUS, tendo o Ministério da Saúde adotado o documento nessa condição (Brasil/MS, 2005).

Mais recentemente o documento Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil/MS, 2006a), estabelece as responsabilidades na gestão do trabalho e da educação na saúde para as secretarias estaduais de saúde, assim descritas:

> Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, no âmbito estadual.

- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
- Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS.
- Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento.
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde.
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção.
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual.
- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.
- Desenvolver estudos e propor estratégias com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados.
- Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional.
- Adotar vínculos regulares para a inserção de trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de regularização de vínculos, onde for necessário e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção.
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS (PCCS/SUS), quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual.
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual,

> notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica. (Brasil/MS, 2006a: 37, 38)

Um estudo realizado pelo Conass para medir o desempenho na gestão estadual do SUS relativo às Funções Essenciais de Saúde (Fesp), visando ao fortalecimento das áreas mais fragilizadas, lista a administração, o desenvolvimento e a formação de recursos humanos em saúde entre as 11 funções essenciais. Ao aplicar a metodologia de avaliação, constata que a relativa a recursos humanos juntamente com as funções 'promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde' e a 'promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde' tiveram uma avaliação abaixo da média em todas as SES. O documento identifica fragilidades já apontadas em outros processos avaliativos em que o acesso, a qualidade dos serviços e a gestão do trabalho constituem áreas-problema do sistema (Conass/Opas, 2007).

Abrucio (2007), ao analisar alguns dados de pesquisa realizada em 2003 pelo Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do DF (Pnage), coordenado pelo Ministério do Planejamento com a participação dos próprios estados e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), reflete sobre os principais avanços e problemas identificados e afirma:

> Os estados apresentam uma série de problemas, o que revela grande precariedade administrativa. (...) Selecionamos os cinco desafios mais estratégicos dos governos. O primeiro e mais importante é o tema dos *recursos humanos.* Trata-se da questão com maior transversalidade, afetando todas as variáveis e que, como agravante fulcral, foi a que menos avançou nos últimos dez anos em praticamente todos os governos estaduais. (Abrucio, 2007)

Tanto o resultado apresentado nas Fesp quanto na pesquisa do Pnage apontam para a precariedade das gestões estaduais, no estágio atual, em especial na área de gestão do trabalho. Embora o Pacto pela Saúde estabeleça um conjunto amplo de responsabilidades dos estados, o seu cumprimento se configura como um grande desafio.

A Gestão do Trabalho e da Educação: um foco no estado do Rio de Janeiro

A Secretaria de Estado de Saúde do estado do Rio de Janeiro nasceu em 1975, ano da fusão do então estado da Guanabara com o estado do Rio de Janeiro; tendo sediado o Distrito Federal até a transferência da capital para Brasília, em 1960. Com a fusão, coube à SES/RJ responder pelas unidades hospitalares do ex-estado da Guanabara situadas no subúrbio e na zona oeste da cidade, com a prefeitura do Rio de Janeiro assumindo a rede de hospitais localizados no centro e na zona sul, assim como postos e centros de saúde.

É importante destacar que a rede federal instalada no estado, e mais fortemente na ex-capital federal, configura um cenário distinto das demais unidades da federação, o que faz com que o SUS-RJ acabe se conformando com uma rede bastante diversificada e com forte presença das três esferas de governo, além da presença determinante da rede privada.

Segundo dados da *Pesquisa Assistência Médica Sanitária* realizada pelo IBGE, dos 5.085 estabelecimentos de saúde existentes em 2005, a metade pertence ao setor privado (Tabela 2) seguida da rede municipal que administra 94% da rede pública com 1.864 estabelecimentos. A distribuição dos leitos apresenta o mesmo perfil, ou seja, dos mais de 45 mil leitos, 27 mil são privados. Vale destacar que a rede federal apresenta significativa representação de oferta de leitos, com mais de 5 mil em contrapartida dos 7 mil leitos municipais e 3 mil estaduais. Dos 45 mil leitos de internação em atividade, 80,3% atendem ao SUS e 19,7% são exclusivamente privados. Resultando uma relação de 2,4 leitos/ SUS por habitante, uma das maiores taxas do país.

Tabela 2 – Capacidade instalada de saúde no estado. Rio de Janeiro – anos selecionados

Descrição/Ano	1992	2002	2005
Estabelecimentos	3.750	5.013	5.085
• Público	1.357	1.766	1.982
• Federal	78	45	57
• Estadual	93	61	61
• Municipal	1.206	1.660	1.864
• Privado	2.373	3.247	3.103
Leitos			
Total de leitos	66.343	49.999	45.055
• Público	20.568	18.308	17.208
• Federal	7.634	4.484	5.514
• Estadual	7.324	5.506	3.730
• Municipal	5.610	8.318	7.964
• Privado	45.775	31.691	27.847
Empregos			
Total de empregos de saúde	194.958	249.704	270.898
• Público	111.044	139.555	152.219
• Federal	28.497	26.482	30.091
• Estadual	29.354	30.464	32.190
• Municipal	53.193	82.609	89.938
• Privado	83.914	194.958	118.679
Empregos por tipo de atendimento			
• Hospitalares	130.534	153.219	167.968
• Ambulatoriais	64.424	96.485	102.930
Empregos por nível de escolaridade			
• Superior	67.873	96.341	106.869
• Técnico/auxiliar	57.536	75.079	83.927
• Elementar	14.598	13.088	13.693

Fonte: Brasil/IBGE (1992, 2002, 2005).

No ano de 1979, o até então departamento de pessoal tem seu regimento revisto e suas funções ampliadas. Dez anos depois o mesmo foi transformado em Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos e, em 1990, foi criada a Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos da SES-RJ. Em 1995, a subsecretaria incorporou a Superintendência de Administração e, em 2000, a Superintendência de Desenvolvimento. Nessa ocasião, a Escola de Formação Técnica Enfermeira Izabel dos Santos, responsável pela qualificação dos trabalhadores de nível médio, passa também a pertencer à estrutura daquela Subsecretaria Adjunta.

Contudo, este movimento político de grande relevância elevando o setor de recursos humanos ao nível de primeiro escalão da gestão não impediu que governos que sucederam a esta mudança rompessem com o propósito de valorização da área e impusessem uma outra lógica para a gestão pública, prejudicando e retrocedendo em muitos os avanços alcançados.

Do ponto de vista da cultura institucional, com o advento do SUS, as ações da SES/RJ passaram a ser direcionadas para ações e atividades envolvendo trabalhadores municipais ou lotados nos municípios em virtude dos processos de municipalização.

No ano de 1995, conforme já abordado, a Secretaria Estadual de Saúde estabeleceu contrato com uma cooperativa de profissionais de saúde: Cooperativa de Atividade na Área de Saúde (Coopesaúde) para prestação de serviços, administração e gestão do Hospital Geral de Nova Iguaçu, também conhecido como Hospital da Posse. Ao abrir espaço para a implantação de cooperativas de gestão nas unidades hospitalares, o governo admitia a necessidade de recursos humanos na rede, mas, como ação política, optava por outras formas de contratação que não o concurso público.

No mesmo ano de 1995, foi realizado concurso público para a área da saúde, com 3.500 vagas nos diferentes níveis, porém os aprovados somente começaram a ser convocados na gestão seguinte, em 1999.

Com o advento da lei estadual n. 2.878, de 23 de dezembro de 1997 (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 1997), a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro modificou a forma de gestão de seis hospitais públicos estaduais, o processo de transferência de hospitais pelo estado efetivado, mas, sendo questionada a legalidade da referida terceirização, que foi revista logo no início da gestão subsequente. A revisão deste processo assumiu dimensões importantes na tentativa de reversão do quadro de terceirização em curso.

Com a instalação da Mesa Estadual de Negociação do Rio de Janeiro em 2000 (Resolução SES n. 1.464 – Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2000), inicia-se um amplo debate envolvendo trabalhadores e gestores na busca de soluções para os graves problemas que se apresentavam. Composta por representantes dos trabalhadores, do governo, de entidades sindicais representativas dos trabalhadores da saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, a Mesa de Negociação do Rio de Janeiro foi a primeira mesa estadual a ser implantada em tempos em que a negociação não fazia parte do cenário e da agenda nacional, uma vez que a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, instalada em 1993, somente foi ativada no inicio de 2003. A mesa teve papel preponderante em várias ações e iniciativas, tais como a luta para reverter à terceirização

de hospitais da rede, a chamada, o planejamento e a realização dos concursos públicos, a implantação da Gratificação por Lotação Prioritária e Desempenho (GEELED) – medida que, à época, era a saída emergencial para a enorme defasagem salarial e passou a representar 80% da remuneração dos servidores da SES/RJ. Fruto do processo de negociação destaca-se a elaboração e aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Subsídios (PCCS) para os trabalhadores da saúde do estado, inovando ao adotar como foco a valorização dos trabalhadores. Esse plano foi aprovado no final do exercício de 2002 com a perspectiva de ser implantado no inicio de 2004 quando iniciava uma nova gestão, fato que não foi cumprido até o presente momento.

Entretanto, é exatamente no período compreendido entre 1999 e os tempos atuais que o SUS-RJ teve maiores avanços em termos de gestão do trabalho: o número de servidores estatutários cresceu 57%; foram realizados dois concursos públicos e convocados novos 12.445 trabalhadores, objetivando o fim da terceirização iniciada em 1995 com a implantação das cooperativas nos hospitais estaduais. Ademais, como resultado de entendimentos com a Mesa Estadual de Negociação da Saúde, foi estruturado um processo de ingresso de servidores efetivos e saída de prestadores de serviço na rede estadual.

Ao longo desse período pós-1995, representado pelo esforço de reconstrução do sistema público de saúde, a política de educação permanente também se mostrou ativa, respondendo positivamente a necessidades do SUS. A Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos qualificou 14.000 trabalhadores do SUS em todo o estado; os estágios curriculares na rede da secretaria foram ampliados em todos os níveis. Outras medidas importantes na melhoria das condições de trabalho foram tomadas, com destaque para a implantação do Programa Qualidade de Vida do Servidor, com diversas ações voltadas para melhoria das relações de trabalho na rede, entre elas uma política de bolsa de estudos para os servidores da SES/RJ, permitindo que um número expressivo de trabalhadores tivesse acesso ao ensino superior e médio, por meio de contrapartida nos convênios com as instituições acadêmicas e escolas de nível que utilizam a rede SES/RJ como campo de estágio. Passados alguns anos e algumas gestões estaduais, observam-se ainda inúmeras dificuldades para sustentar uma política de recursos humanos, tanto em relação à estrutura organizacional como no tocante à equipe responsável pela condução e execução dessa política (Governo do Estado do Rio de Janeiro, s.d).

É preciso evidenciar que o estado do Rio de Janeiro é um dos maiores empregadores da saúde, detém o terceiro maior mercado de trabalho do país, com 270 mil empregos, logo atrás de São Paulo com 603 mil e de Minas Gerais com 276 mil. Os empregos acompanham o mesmo comportamento da distribuição da população em que os empregos estão concentrados nos municípios com mais de 100 mil habitantes incluindo a capital. O setor público é responsável por mais da metade da oferta de empregos (56,2%) do mercado, totalizando 152.219, sendo 20% federais, 21% estaduais e 59% municipais. O setor privado detém 118.679 empregos, em sua maioria, ambulatoriais.

O estado também apresenta a equipe de saúde mais qualificada do país. Os empregos de nível superior representam 52% que, somados aos de nível técnico e auxiliar eleva

para 93%, totalizando 190 mil empregos. Os empregos de nível elementar representam menos de 7%. Esse fato, aliado a outros, mostra que o Rio de Janeiro é um estado com características específicas frente ao SUS.

Também não se pode ignorar que a capacidade instalada do estado expandiu de forma mais lenta que a observada para o país. A rede estadual, em 1992, era composta por 3.750 estabelecimentos, 66.343 leitos e 194.958 empregos; em 2005, os números passaram para 5.085 estabelecimentos, 45.055 leitos e 270.898 empregos.

O comportamento dos empregos em saúde foi destacado nesse período analisado. O Rio de Janeiro contava, em 1992, com 194.958 empregos de saúde para uma população de 12.916 milhões de habitantes, registrando 9,7 empregos de saúde/1.000 habitantes. Na década seguinte, esses dados se alteram significativamente, passando para 270.898 empregos para uma população de 15 milhões de brasileiros, o que representa 13,9 empregos/1.000 habitantes.

Comentários Finais

A área de recursos humanos como estrutura de primeiro escalão na SES/RJ, há mais de dez anos, reflete o pioneirismo e a vanguarda do Rio de Janeiro na formulação de políticas públicas valorizando a gestão do trabalho e da educação no SUS. A importância da Escola Técnica Izabel Santos, que abriu caminho para o que hoje se consolidou como Rede de Escolas Técnicas (RET-SUS), cumprindo com o objetivo de produzir educação permanente para seus trabalhadores de nível técnico é outro marco do SUS-RJ. Fato não menos importante e estratégico foi à decisão de instituir a Mesa de Negociação, permitindo o diálogo permanente entre trabalhadores e gestores no enfrentamento de complexos problemas que o SUS requer.

A gestão do sistema de saúde do Rio de Janeiro tem particularidades importantes que influenciam sobremaneira a gestão do SUS estadual. Destaca-se a presença de hospitais federais de referência nacional como, por exemplo, o Instituto Nacional do Câncer, o Instituto de Traumato-Ortopedia e o Instituto de Cardiologia; da mesma forma, a existência da rede estadual de hospitais de urgência e emergência que soma aos estabelecimentos da rede municipal para a prestação da assistência no estado.

Em contrapartida, o aumento de municípios no estado não resultou na desconcentração dos serviços de saúde e nem da própria população, prevalecendo à capital como polo aglutinador do estado. Dos quase 280 mil empregos de saúde existente no estado, 140 mil estão concentrados na capital.

Se não bastasse toda essa diversidade da gestão do SUS/RJ, os problemas mais diretamente relacionados a recursos humanos se apresentam ainda mais complexos, tais como: deterioração das condições de trabalho principalmente em estabelecimentos hospitalares sejam eles, federais, estaduais ou municipais; desestímulo e por vezes pouco compromisso dos trabalhadores pelo trabalho; baixa capacidade gerencial dos gestores em manter o quadro de pessoal qualificado e produtivo na rede. É crescente o número

de profissionais, especialmente de médicos, mesmo concursados, que abandonam seus postos de trabalho.

Em boa parte, os problemas na gestão do trabalho são traduzidos na ausência de plano de carreiras, salários defasados, saída de profissionais da rede por desestímulo, concursos públicos com baixa capacidade de manutenção da força de trabalho concursada, queixas recorrentes da população quanto ao atendimento prestado. Associado a tudo isso se destacam alguns pontos a serem resolvidos pela gestão pública do SUS: implantação do PCCS aprovado em 2002 na Assembleia Legislativa, fruto da produção e negociação da Mesa Estadual; ainda que realizados dois grandes concursos públicos, persiste um contingente da força de trabalho em condições de precarização especialmente daqueles que prestam assistência direta no SUS; necessidade de buscar melhorias das condições do ambiente e do trabalho, especialmente dos hospitais sejam municipais, estaduais e federais; maior resolutividade dos serviços de saúde; humanização no atendimento; planejamento e redefinição do quadro de lotação de pessoal levando em consideração a complexa rede SUS do Rio de Janeiro, entre outros pontos relevantes.

Assim como os demais entes federados, a cultura política de descontinuidade administrativa nas gestões que se sucedem e que é objeto de estudo de um leque amplo de pesquisadores, o estado do Rio de Janeiro experimentou momentos de frequentes descontinuidades, com significativo custo social, político e econômico para o sistema e, consequentemente, para a população.

Referências

ABRUCIO, F. L. Radiografia das Administrações Públicas Estaduais Brasileiras. *In*: *Revista Eletrônica Fundap*, Ano 4, 9: maio 2007. Disponível em: <www.revista.fundap.sp.gov.br/.../pesquisa_radiografia.htm>. Acesso em: 20 maio. 2009.

AZEM, E., SANTOS, M. M. O. & MOYSÉS, N. M. N. O Suds/RJ e a municipalização – um processo em andamento. *Revista de Administração Pública*, 25(2): 4-30, 1991.

BRASIL. Constituição 1967. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1967.

BRASIL. Emenda Constitucional, n. 1/69, art.164. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1969.

BRASIL. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção,proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 set, 1990.

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. *Diário Oficial da União*. Brasília, 11 dez.1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Lei n. 8.666, de 21 junho de 1993. Regulamenta o art.37, inciso XXI da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 21 jun. 1993.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e da outras providências. *Diário Oficial da União.* Brasília, 04 jun. 1998.

BRASIL. Lei complementar n. 101, de 04 de maio de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº225 de 08 de maio de 1997. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).* 3. ed rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 699/GM. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL/IBGE. Pesquisa Assistência Médico Sanitária, Departamento de População Indicadores Sociais (DEPIS). Rio de Janeiro, 1992.

BRASIL/IBGE. Pesquisa Assistência Médico Sanitária, Departamento de População Indicadores Sociais (DEPIS). Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL/IBGE. Pesquisa Assistência Médico Sanitária, Departamento de População Indicadores Sociais (DEPIS). Rio de Janeiro, 2005.

CONASS. *Estudo sobre Reposição dos Servidores Federais Descentralizados no SUS*. Brasília: Conass, 2002. (Nota Técnica, n. 26).

CONASS. *Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde*. Brasília: Conass, 2004a. (Documenta, n. 1)

CONASS. *Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS – Seminário do Conass para Construção de Consensos*. Brasília: Conass, 2004b. (Documenta, n. 4)

CONASS. *Coletânea Progestores*. Brasília: Conass, 2007. (Livro 5)

CONASS/OPAS. A gestão de saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília, 2007.

FIGUEIREDO, C. M. & NÓBREGA, M. *Lei de Responsabilidade Fiscal: teoria, jurisprudência e mais de 100 questões*. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

GONÇALVES, W. Parecer sobre terceirizações e parcerias na saúde pública. Brasília: Ministério Público Federal, maio 1998. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em: jun. 2007.

GORZONI, P. Esperança e democracia. *Revista Sociologia*, 27: 16-21, 2009.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Lei n. 1.027/1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais. *Diário Oficial do Estado*. Salvador, 1997.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Lei n. 2878 de 23 de dezembro de 1997. Acrescenta dispositivos ao decreto lei n. 220 de 18 de julho de 1975 e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio*. Rio de Janeiro, 1997.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretário de Estado de Saúde. Resolução SES, n. 1.464 de 28 de fevereiro de 2000. Institui a mesa Estadual de Negociação do SUS. *Diário Oficial do Estado*. Rio de Janeiro, 2000.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Relatório 39 meses de gestão 1999-2002. Rio de Janeiro, s.d.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Panorama saúde. Rio de Janeiro, ago. 2006.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA. Lei n. 174 de 30 de junho de 1997. Institui o Plano de Assistência Integral à Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do* Estado, 1997.

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Lei n. 11.866/1995. Institui o Plano de Atendimento à Saúde – PAS. São Paulo. Disponível em: <http://sms.pmsp.sp.gov.br/pas/lei1.htm>. Acesso em: 12 set. 2009.

SANTANA, J. P. Formulação de políticas de RH nos serviços de saúde. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – Saúde em Debate*, 28: 66-71, 1990.

VIEIRA JÚNIOR, W. M. Uma proposta de vida para o Hospital da Posse. Rio de Janeiro, 1996. (Mimeo.)

Regionalização no Estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades

9

Rosana Kuschnir
Adolfo Chorny
Anilska Medeiros Lima e Lira
Gilberto Sonoda
Tânia Maria Peixoto Fonseca

Revisitando um Antigo Conceito

A instituição da regionalização e de redes de atenção à saúde é hoje um dos maiores desafios à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no caminho de garantir efetivamente o direito ao acesso a serviços e ações de saúde.

Embora a regionalização e a hierarquização sempre tenham estado na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro – desde as primeiras conferências nacionais de saúde ao texto constitucional que criou o SUS –, a política instituída a partir da década de 1990 retirou a construção de redes do centro da estratégia. Focada na descentralização, alcançou inegáveis avanços na implementação do SUS e na inclusão de significativas parcelas da população, ao mesmo tempo que levou à inserção dos inúmeros atores que tornaram o SUS possível. No entanto, o processo de descentralização distanciou-se da organização da assistência, da definição de modelos assistenciais que pudessem efetivamente garantir acesso e atenção integral ao mesmo tempo que tornou mais complexa a constituição dos possíveis mecanismos e instrumentos para sua gestão (Levcotivz, Lima & Machado, 2001; Viana *et al.*, 2008).

Apenas a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), em 2000, estratégia que alcançou sucesso limitado em seus objetivos, e especialmente com o Pacto de Gestão, a regionalização e a constituição de redes ensaiam a volta ao centro do debate, sinalizando o enorme desafio que hoje representa a superação da fragmentação (Brasil/MS, 2006; Santos & Monteiro, 2007; Silva, 2008).

Ainda que tenha voltado à cena brasileira apenas recentemente, o conceito de regionalização em saúde está longe de ser novo. O Relatório Dawson, publicado em 1920, em resposta à demanda do governo britânico de elaboração de "esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada" (Grã-Bretanha, 1964: 35), apresentou pela primeira vez um modelo de organização em redes.

Pensado como um modelo de organização de serviços para um sistema de saúde universal, já lá estavam os conceitos de bases territoriais e populações adscritas; cobertura, porta de entrada e vinculação; acesso a outros níveis de atenção por meio de referência e coordenação do processo de cuidado pela atenção primária. Propunha um novo "padrão de administração" para "assegurar unidade de propósito a todos os níveis" através de uma "única autoridade em saúde" e a "unificação de todos os serviços preventivos e curativos, com ênfase na prevenção" (Grã-Bretanha, 1964: 22).

O modelo apresentado no Relatório, com as devidas adaptações às realidades específicas, foi adotado por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde e foi preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Na América Latina, reaparece na proposta dos Sistemas Locales de Salud (Silos), desenvolvida pela OPS a partir da década de 1980 (OPS, 1990).

As reformas em sistemas nacionais de saúde iniciadas na década de 1990 introduziram algumas mudanças na organização das redes, principalmente a partir de novos arranjos organizacionais que buscaram maior eficiência e mais escolha no acesso a serviços especializados por parte do usuário. As diretrizes básicas, porém, foram mantidas, até pela relação intrínseca entre os princípios que regem o sistema e a estratégia de regionalização (Saltman & Figueras, 1998; Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007).

Para a provisão de atenção integral, são necessárias formas distintas de organização de recursos, que obedecerão a critérios relacionados a diferentes dimensões – de eficiência/escala, qualidade, acessibilidade –, e que pressupõem bases populacionais maiores, essenciais à organização de cuidado especializado. Cada região (ou macrorregião, dependendo da denominação adotada) deve dispor de uma rede de atenção capaz de cobrir as necessidades de saúde de sua população até o nível de autossuficiência de recursos a ser definido de acordo com as condições locais, mas que certamente não se restringe à atenção primária. A ideia de uma 'rede' em que pacientes são encaminhados a outras regiões para atenção ou procedimentos de baixa e média densidade tecnológica/complexidade contradiz os princípios básicos da organização de redes que, na essência, são instrumentos de garantia de acesso e diminuição de desigualdades.

Ao mesmo tempo, a organização do cuidado e a gestão do sistema são indissociáveis, o que, no caso brasileiro, coloca-nos diante do recorrente desafio da construção da gestão em territórios que englobam um grande número de municípios. Hoje, a implementação do Pacto de Gestão vem exigindo dos gestores estaduais e municipais e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR´s) uma renovada capacidade de formulação sistêmica e de definição de novas estratégias.

Nesse cenário, é central o fortalecimento da função de planejamento regional, propiciando a elaboração de propostas de redes articuladas regionalmente e de suas linhas de cuidado, perpassando os diversos níveis de atenção, o que permitiria (re)definir papéis e perfis assistenciais, constituindo a base sobre a qual possam ser construídas a programação e a pactuação integradas em nível regional e implantados os mecanismos de regulação de forma efetiva.

É um desafio em especial para o estado do Rio de Janeiro, por suas características únicas. Resultado da fusão de dois estados, concentra cerca de 75% de sua população na

região Metropolitana e sua capital foi durante a maior parte de sua existência o distrito federal, centralizando mais recursos públicos em saúde que qualquer outra cidade do país, com importante componente sob gestão federal. Sem dúvida, guarda ainda a lembrança de seu passado recente e do poderoso legado dos serviços ligados ao seguro social, presença mais marcada aqui que em qualquer outro estado do país.

No entanto, até por sua história única, é especialmente importante ressaltar que o estado foi palco de experiências inovadoras no campo da construção de modelos assistenciais mais integrais, tendo como base a criação de redes regionalizadas.

A implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), instituída em inícios da década de 1980, levou à criação de instâncias intergestoras regionais e municipais fortalecidas e atuantes. Tanto a Comissão Intergestora Municipal de Saúde (Cims) do Rio de Janeiro como a Comissão Intergestora Regional (Cris) do estado tiveram papel central para o avanço de propostas de articulação e organização da atenção, que precederam a criação do SUS.

Com a unificação realizada no Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds), precursor do SUS, alguns projetos inovadores que já vinham sendo desenvolvidos tomaram maior vulto, como o Projeto Especial de Saúde da Baixada (Pesb), pioneiro na implementação de uma atenção integral que rompia com a dicotomia atenção programada/ urgências, demanda programada/ demanda espontânea e ampliava acesso com resolutividade, com grande aceitação por parte dos usuários e dos profissionais envolvidos.

À época, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) implementou a política de descentralização de unidades ambulatoriais oriundas do Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) aos municípios ao mesmo tempo que definiu metodologia para transferência de recursos com critérios transparentes, criando incentivos ao desenvolvimento de sistemas locais (Kuschnir *et al.*, 1989; Noronha, Pereira & Levcovitz, 1990). O Plano Estadual de Saúde para o SUS/RJ, publicado em 1990, apresentou uma proposta de modelo de organização em redes, a ser adaptado às condições específicas de cada região, e detalhou a organização de sistemas integrados de serviços ao longo da rede, destinados à atenção a agravos específicos, constituindo-se em linhas de cuidado (SES/RJ, 1990).

Com a retomada da proposta de regionalização, nas condições da atualidade e, ao mesmo tempo, incorporando novos olhares e instrumentos (Guimarães, 2005; Miranda, 2008), retoma-se o desafio da formulação sistêmica e da utilização do planejamento como instrumento essencial à construção das condições técnico-políticas necessárias à constituição de redes.

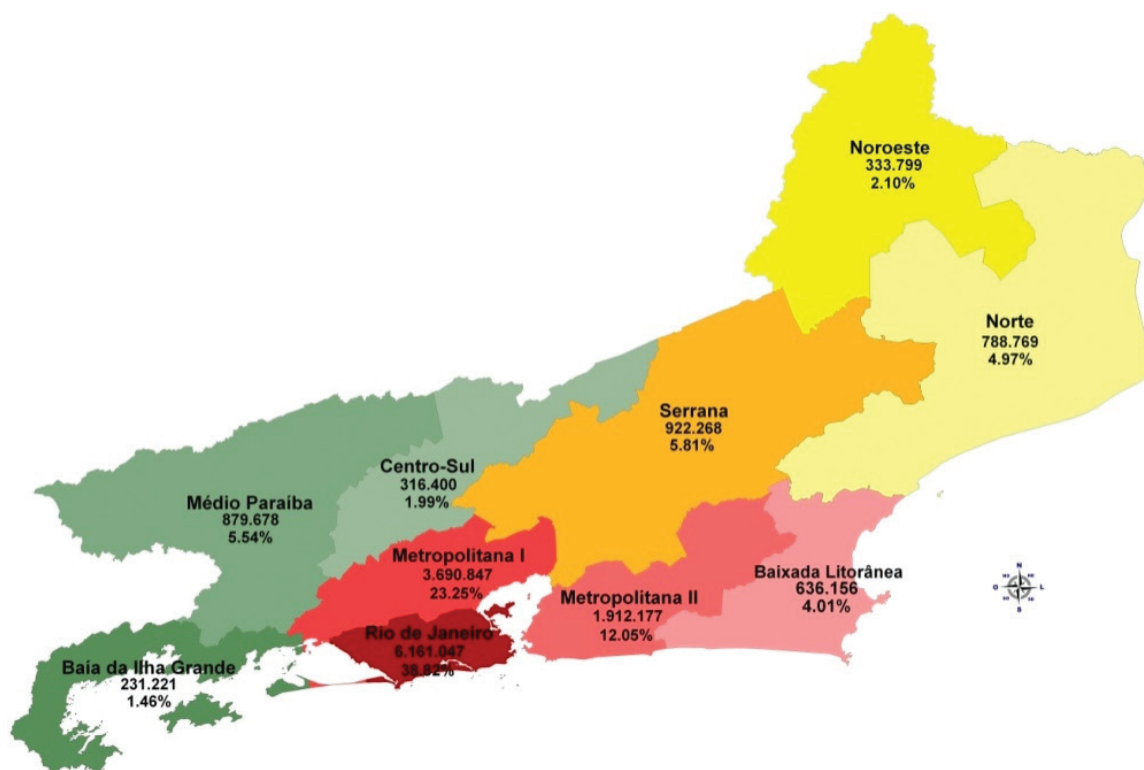
O Estado do Rio de Janeiro e suas Regiões

O estado do Rio de Janeiro apresentou uma população estimada em cerca de 15,9 milhões de habitantes para o ano de 2008. Seu território corresponde a 4,73% da região Sudeste e a apenas 0,51% do território nacional, mas abriga 8,4% da população brasileira, resultando na maior densidade demográfica entre as unidades federadas – 361,8 habitantes/km^2 – e na maior taxa de urbanização do país: 96%. Ocupa a posição de segundo

polo econômico, com participação de 14,5% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (IBGE, 2008).

Divide-se em 92 municípios reunidos em oito regiões de governo. Já o Plano Diretor de Regionalização (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2000) dividiu o estado em nove 'regiões de saúde', utilizando basicamente a mesma divisão geográfica (regiões político-administrativas), com algumas adaptações.[1] A região Metropolitana foi dividida em duas: o município do Rio de Janeiro integra a Metropolitana I, em conjunto com a Baixada Fluminense, já a Metropolitana II é composta por sete municípios, entre os quais Niterói e São Gonçalo.

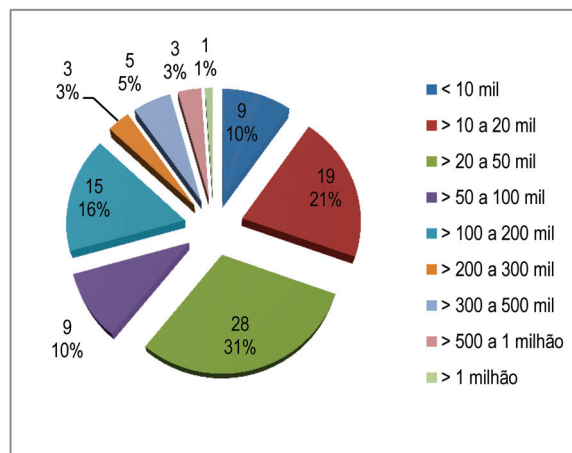
Neste trabalho, a capital, cidade com o maior número de habitantes e maior rede de serviços públicos e credenciados ao SUS, será apresentada em separado e a denominação Metropolitana I designará apenas os demais municípios, todos componentes da Baixada Fluminense. A Figura 1 apresenta as regiões de saúde e sua distribuição populacional.

Gráfico 1 – Populações e peso percentual na população total do estado. Rio de Janeiro – 2008

Fonte: Datasus/IBGE – Estimativa Populacional (2008).

[1] Em relação à divisão adotada pelo governo do estado, as principais alterações realizadas pelo PDR são observadas na região Metropolitana e na das Baixadas Litorâneas. Na região Metropolitana I, o PDR exclui os municípios de Paracambi e Guapimirim, que são redefinidos como parte das regiões Centro-Sul e Serrana, respectivamente. Já os municípios de Maricá, Rio Bonito e Silva Jardim, definidos como parte das Baixadas Litorâneas são transferidos para a região Metropolitana II e o de Cachoeiras de Macacu para a região Serrana, ao passo que o município de Itaguaí, parte da região da Costa Verde, passa à Metropolitana I.

O estado caracteriza-se por uma enorme concentração populacional na região Metropolitana que abriga 11,8 milhões de pessoas, 74% da população total. Na capital vivem quase 40% da população, aproximadamente 6,2 milhões de habitantes. Embora as demais regiões concentrem relativamente menos população, ainda assim, a região Serrana, o Médio Paraíba e a Norte representam contingentes populacionais de magnitude relevante, entre 600 mil e 1 milhão de habitantes.

Todas as regiões – com exceção da Metropolitana – são constituídas por um número significativo de municípios de pequeno e médio porte. Do total de 92 municípios, 30% têm menos que 20 mil habitantes e outros 30% entre 20 e 50 mil, totalizando 60% com menos de 50 mil habitantes (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Porte populacional dos municípios do estado. Rio de Janeiro – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A partir das características geográficas, de ocupação do território e dos fluxos estabelecidos, poderiam ser construídas algumas considerações sobre o desenho e os portes de regiões e macrorregiões, compreendendo macrorregiões como territórios de maior base populacional e com nível de autossuficiência de recursos de cuidado especializado ambulatorial e hospitalar em número significativo de especialidades.

As regiões Norte e Noroeste podem ser compreendidas como uma macrorregião de cerca de 1,2 milhão de habitantes, onde os municípios de Campos (430 mil habitantes) e de Itaperuna (100 mil) são os de maior concentração populacional e de recursos em saúde.

Outra macrorregião seria composta pelo conjunto das regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande, totalizando cerca de 1,4 milhão de habitantes, onde os municípios de maior porte são Volta Redonda – 260 mil habitantes – e Barra Mansa, Angra dos Reis, Resende e Barra do Piraí – entre 100 e 200 mil habitantes cada um.

A região Serrana, com extensa área e população total de quase 1 milhão de habitantes, cujos municípios de maior porte são Petrópolis (cerca de 300 mil pessoas), Friburgo (180 mil)

e Teresópolis (160 mil), mantém fluxos bem estabelecidos com a região Metropolitana e com os municípios das regiões Norte e Noroeste. Já a Baixada Litorânea, com cerca de 650 mil habitantes, relaciona-se mais diretamente com a Metropolitana II, Norte e Noroeste. Cabo Frio (180 mil) e Araruama (100 mil) são os municípios que concentram mais população.

Por seu porte e pela centralização de recursos, é impossível pensar a região Metropolitana em separado do restante do estado, assim como também não é possível que seja tratada em bloco. Nela, estão concentrados os municípios de maior população. Dos onze municípios da Metropolitana I/ Baixada Fluminense, o de menor número de residentes é Seropédica, cerca de 80 mil. Outros seis têm entre 100 e 250 mil habitantes; dois, Belford Roxo e São João de Meriti, em torno de 500 mil, e Nova Iguaçu e Duque de Caxias, cerca de um milhão cada. A Baixada Fluminense, com seus quase 3,7 milhões de moradores, necessariamente deve ser pensada como uma grande macrorregião, inclusive com subdivisões, com nível de autossuficiência de recursos importante, ainda que mantendo alguns fluxos com a capital.

Com 2 milhões de habitantes, a Metropolitana II conforma uma macrorregião com estreitas relações com a Baixada Litorânea. O município de maior população é São Gonçalo, com cerca de 1 milhão de pessoas, seguido por Niterói, com meio milhão, Itaboraí (220 mil) e Maricá (120 mil). Já a capital do estado, com mais de 6 milhões de habitantes, necessariamente deve ser pensada em subdivisões – assim como são suas áreas de planejamento.

As macrorregiões, em alguns casos, deveriam ser conformadas por várias regiões, e em outros pela subdivisão de uma região ou mesmo de um município, configurando questões distintas para a construção da gestão nos vários territórios.

Mantidos os princípios básicos de organização de redes, os modelos concretos de provisão da assistência devem ser adaptados às realidades específicas locais. O porte populacional, a densidade demográfica e as características da capital e da região Metropolitana I, por exemplo, contrastam com a extensão e dispersão populacional das regiões do Norte e Noroeste, caracterizando dois tipos polares de ocupação do território, o que influencia centralmente as configurações a serem propostas para constituição da rede de atenção em cada caso.

Outra questão a ser considerada é que no estado do Rio de Janeiro vem se implantando novos polos regionais de desenvolvimento econômico, que têm levado a rápidos deslocamentos populacionais. Em especial devido à instalação de plantas de produção da indústria automobilística (Porto Real no Médio Paraíba), à expansão da indústria ligada à extração do petróleo e gás (Macaé, Campos na região Norte) e ao processo de distribuição de royalties do petróleo aos municípios limítrofes à bacia de Campos, novos polos de crescimento acarretaram quase que instantaneamente a geração de importantes fluxos migratórios. Da mesma forma, a construção do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro – Comperj –, em Itaboraí, na Metropolitana II, deverá acarretar profundas mudanças para a área Metropolitana do estado. Considerar o impacto dessas mudanças a médio e longo prazo é central à constituição de uma proposta de regionalização e de organização de redes a ser permanentemente avaliada e adaptada às novas condições.

Do ponto de vista específico da organização da atenção, as regiões caracterizam-se não apenas pela forma desigual como a população ocupa o território, mas também pela heterogeneidade com relação à oferta e à utilização de recursos e equipamentos de saúde.

O Primeiro Nível de Atenção

A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no estado, segundo o último dado disponível no *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* (CNES), em julho de 2009, era em média de 40%, apresentando aumento no número de equipes em relação a dezembro de 2008, mais significativo em alguns municípios da Metropolitana I.

O município do Rio de Janeiro vem ampliando o número de suas equipes, mas permanece entre os mais baixos percentuais de cobertura do estado. No entanto, além da ESF, o município dispõe de postos e centros de saúde, que permanecem prestando atenção no primeiro nível.

Na Metropolitana I, os municípios apresentam percentuais de cobertura bastante desiguais, variando entre 20 e 90%, com exceção de Magé, com percentual próximo de 100%. De forma geral, a exemplo de outros estados da federação, a cobertura da ESF na região Metropolitana é significativamente mais baixa do que nas demais regiões. A exceção no estado é a Metropolitana II, que apresenta percentual de 77%, com 91% de cobertura em Niterói e 100% em Tanguá.

A região com maior cobertura no estado é a Centro-Sul, em que todos os municípios atingiram 100%, à exceção de Paracambi, com 80%. Na região Noroeste, a maior parte dos 14 municípios tem cobertura de 100% e outros seis apresentam percentuais entre 53 e 90%. As demais regiões têm percentuais que variam de 41% na Norte a 88% na Baía da Ilha Grande.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) vêm sendo implantados no estado, com 24 Nasf de tipo I (vinculado a entre oito e vinte equipes de saúde da família) já em funcionamento, dos quais 68% na Metropolitana II, um Nasf tipo 1 (vinculado a no mínimo três equipes e só instalado em municípios de pequeno porte – menos de 10.000 habitantes) e um Nasf intermunicipal, na região Centro-Sul.

Oferta de Leitos no SUS/ RJ: nem tantos nem para todos

Segundo dados do CNES, para o ano de 2008, havia no estado 32.815 leitos disponíveis ao SUS, entre públicos e contratados. Destes, 6.802 (21%) são classificados na especialidade psiquiatria e 1.396 (4%) para outros pacientes em especialidades de maior tempo de permanência – crônicos, reabilitação e tisiologia. Portanto, 25% (8.198) dos leitos totais do estado são ocupados, em sua vasta maioria, por internações de longa permanência,[2] que, em seu conjunto, foram responsáveis por 4% das internações no ano de 2008. Os demais 24.617 leitos são destinados a internações de menor permanência/casos agudos nas várias especialidades clínicas e cirúrgicas (Kuschnir, 2009).

Deste total de leitos, 67% concentram-se na região Metropolitana, sendo 41% no município do Rio de Janeiro. Este, por sua história como antigo Distrito Federal e Estado da Guanabara, apresenta a particularidade de possuir a maior capacidade ins-

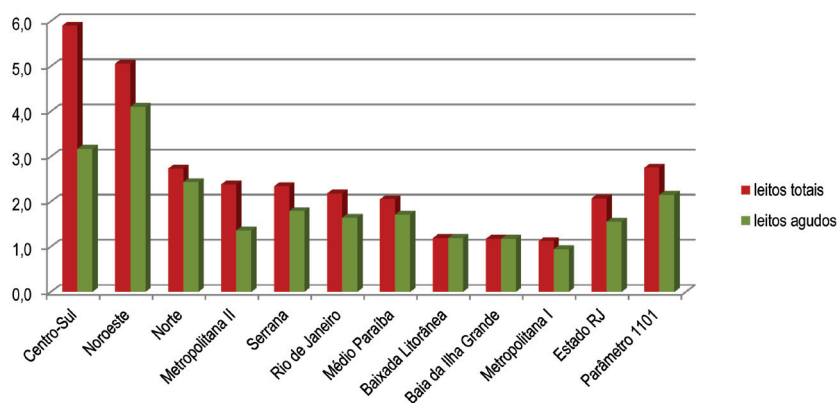
[2] Embora entre os leitos psiquiátricos estejam incluídos aqueles destinados à internação de curta permanência, estes são uma pequena minoria do total da especialidade. Leitos-dia não estão incluídos na análise.

talada de leitos públicos no país – aqui considerados os antigos hospitais do Inamps, hospitais do Ministério da Saúde, estaduais e municipais. A distribuição de leitos é bastante desigual entre as várias áreas de planejamento da cidade – divisão administrativa adotada, inclusive, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Enquanto a Zona Sul da cidade concentra um grande número de serviços, a Zona Oeste – a mais vasta e com grande concentração populacional, especialmente no bairro de Bangu – apresenta grandes 'vazios sanitários'.

No entanto, apesar do maior número de leitos, o grande porte do município capital, com mais de 6 milhões de habitantes, faz com que a oferta para esta população seja relativamente mais baixa que em outras regiões, mesmo quando se considera a cobertura de saúde suplementar – mais alta na capital que em outras regiões (Gráficos 3 e 4).

Já o cinturão metropolitano representado pela região Metropolitana I, a Baixada Fluminense, que apresenta dos indicadores sociais mais baixos do estado, apresenta também histórica escassez de recursos em saúde. Da mesma forma, a distribuição de recursos é desigual entre as regiões do interior, na medida em que a oferta de serviços também não se constituiu com base em processos de planejamento e/ou com objetivos de aumento de cobertura e diminuição de desigualdades. As regiões Norte e Serrana detêm, cada uma, 7% dos leitos; a região Centro-Sul do Médio Paraíba possui 6% dos leitos; Centro-Sul e Noroeste possuem aproximadamente 5% cada uma; Baixada Litorânea, com 2%, e Baía da Ilha Grande com cerca de 1% dos leitos.

Em face dos portes populacionais de cada região, configuram-se ofertas bastante díspares. Ao considerar os parâmetros de necessidades de leitos estabelecidos pela portaria n. 1.101 do Ministério da Saúde (Brasil/MS, 2002) – de 2,5 a 3 leitos totais e de 1,9 a 2,4 leitos agudos por 1.000 habitantes –, conclui-se que tanto o estado do Rio de Janeiro como parte de suas regiões têm menor oferta do que o preconizado (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Taxa de leitos SUS – total e agudos (por 1.000 habitantes). Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Kuschnir (2009).

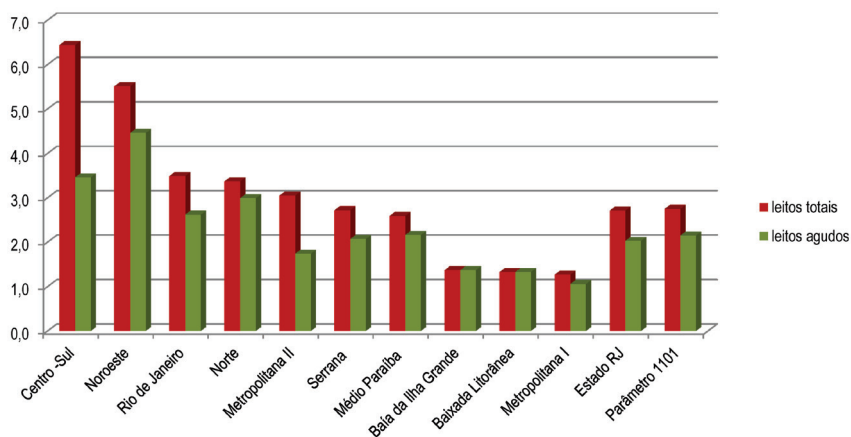
Observa-se oferta significativamente desigual entre as regiões. Apenas na Noroeste e na Centro-Sul, os parâmetros de leitos totais são ultrapassados. Quando considerados os leitos agudos, somente nas regiões citadas e na Norte a oferta é igual ou maior que o normatizado.

Em especial, chama atenção a baixa oferta de leitos agudos nas regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Metropolitana I. Nesta última, que apresenta carência histórica de leitos – já apontada, inclusive no Plano Estadual de 1990 –, a taxa tem valor menor que 1/1.000.

No entanto, deve-se considerar que ainda que se trate de um sistema universal e que estejam estabelecidas complexas interações público-privadas que borram as fronteiras entre os dois subsetores (Bahia, 2001) parte da população dispõe de cobertura de saúde suplementar.

A cobertura de planos privados em 2008 no estado era de 31,7%, variando de 10,9% na Noroeste a 50,1% na capital. Os municípios de cobertura mais alta são Niterói, Macaé e Porto Real, com percentuais de 60,8%, 57,3% e 53,0%, respectivamente (ANS, 2008). De acordo com as informações disponíveis, tanto no estado como na capital e na região Metropolitana, para cerca de 75% dos beneficiários de planos, a cobertura inclui acesso a recursos de internação (ANS, 2008).

Esses dados devem ser avaliados com cautela, já que parte da população com cobertura suplementar em internação utiliza também o SUS, dependendo da especialidade e dos procedimentos considerados. No entanto, para uma aproximação da oferta de leitos à população que mais utiliza o SUS, no Gráfico 4, são apresentadas as taxas considerando apenas a parcela sem cobertura suplementar de internação.

Gráfico 4 – Taxas de leitos SUS (total e agudos) – população sem cobertura internação suplementar (por 1.000). Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Kuschnir (2009).

Observa-se que a oferta de leitos totais do SUS no estado passa de 2,07/1.000 a 2,71/1.000 e a de leitos agudos de 1,55/1.000 a 2,03/1.000, valores dentro dos limites

estabelecidos pela portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002). As taxas que mais se alteram são as da capital, pelo maior percentual de cobertura suplementar. A oferta de leitos agudos alcança o parâmetro na capital e nas regiões Centro-Sul, Norte e Médio Paraíba e ultrapassa o parâmetro de forma significativa na Noroeste.

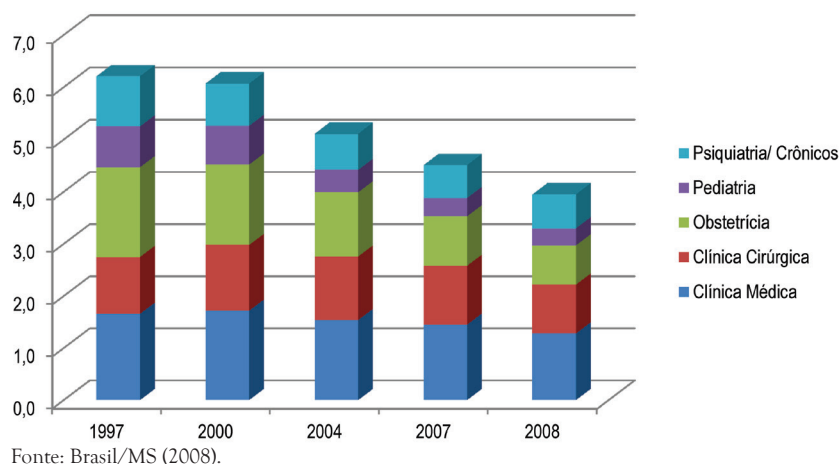
Nas demais regiões, permanece abaixo do normatizado, especialmente no que se refere a leitos agudos. Chama a atenção a desigualdade na oferta. O valor do indicador na região Noroeste é mais de quatro vezes o da Metropolitana I, mesmo quando é considerada apenas a população sem cobertura suplementar de internação.

Assim, ainda que seja necessária prudência na utilização de normas de necessidade de recursos, notadamente aquelas fortemente derivadas de séries históricas, como é o caso da portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002), a análise dos indicadores parece comprovar a relativa suficiência de recursos de internação no estado, mas não em todas as regiões e com grandes disparidades na oferta.

Internações no SUS/RJ: tendência acentuada de queda

As taxas de internação no SUS no estado do Rio de Janeiro vêm apresentando tendência à diminuição, como observado em relação a outras unidades da federação e ao país como um todo. Ao longo da década de 1997-2007, seu valor passou de 6,2 a 4,5 internações por cem habitantes, um decréscimo de 27%. Esta tendência é ainda acentuada em 2008, quando a taxa chega a 3,9%, apresentando queda de 14% em relação a 2007 e de 38% em relação a 1997 (Gráfico 5). Esses valores são menores que a taxa brasileira em todos os anos considerados[3] e muito mais baixos que o parâmetro definido pelo Ministério da Saúde – entre 7% e 9%.

Gráfico 5 – Taxas de internação realizadas no SUS. Estado do Rio de Janeiro – total e por especialidades em anos selecionados

Fonte: Brasil/MS (2008).

[3] Em 1997, a taxa do país era de 7,4%; em 2007, de 6,0% – uma queda de 19%. Em 2008 foi de 5,8%.

Ao analisar a queda nas taxas de internação, caberia uma primeira observação a respeito do universo coberto pelas informações. O estado do Rio de Janeiro e, em especial, a capital, conta com oferta ampla de leitos em hospitais públicos, que tradicionalmente preenchem menos as autorizações de internações hospitalares (AIH´s) (Bittencourt, Camacho & Leal, 2006). Ademais, hospitais municipais próprios não cadastrados e leitos privados contratados com recursos próprios municipais também não constam do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Desta forma, é provável que exista um grau de sub-registro de internações no setor público, mas embora não seja possível afirmar que a margem de erro é a mesma ao longo do período, a tendência à diminuição tem-se mantido de forma consistente.

Feita a ressalva acerca da possível incompletude do banco, a diminuição das internações pode ser relacionada a dois fatores. O primeiro é o aumento da cobertura de planos privados. A cobertura de saúde suplementar no estado não apenas é maior que a média brasileira – 32 e 21%, respectivamente – como apresentou um ritmo de crescimento mais acelerado ao longo do período (ANS). O outro fator é a diminuição progressiva da oferta de leitos no SUS, que vem sendo observada desde meados dos anos 90 (IBGE, 2005). A diminuição da oferta é bastante reconhecida para a psiquiatria, devido à política de desospitalização e ao cuidado prolongado – que culminaram no fechamento de unidades e na significativa diminuição da capacidade instalada. As taxas de internação SUS nestas especialidades são as que apresentam maior queda no estado. Em seu conjunto, decresceram em 65% entre 1997 e 2008 (Gráfico 5)

A queda das internações em clínica cirúrgica (14%) é menos acentuada do que a observada para a clínica médica, de 33% ao longo do período, acompanhando a carência na oferta de leitos. As internações pediátricas (clínicas e cirúrgicas) sofreram queda da mesma ordem (34%), em parte pela mudança do perfil epidemiológico.

Destaca-se a diminuição na taxa de internações obstétricas, de 57% entre 1997 e 2008, que não pode ser explicada apenas pela redução das taxas de fecundidade e de natalidade observadas no estado. Neste caso, além de problemas de preenchimento de AIH´s e da não inclusão de informação sobre partos realizados no setor suplementar,[4] o Ministério da Saúde, ao instituir a normativa de não pagamento de partos cesáreos que excedessem 27% do total, também estabeleceu que os registros seriam glosados automaticamente, desaparecendo do sistema. Assim, parte dos partos realizados no SUS não é inserida no sistema AIH. No caso da obstetrícia, é possível estimar a perda de informação pela comparação entre as informações dos bancos SIH/ SUS com o número de nascidos vivos obtido pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), um sistema considerado confiável no estado do Rio de Janeiro. Para o ano de 2006, havia registro no SIH/SUS de apenas 55% dos partos que teriam sido realizados (Ensp/Sesdec, 2009).

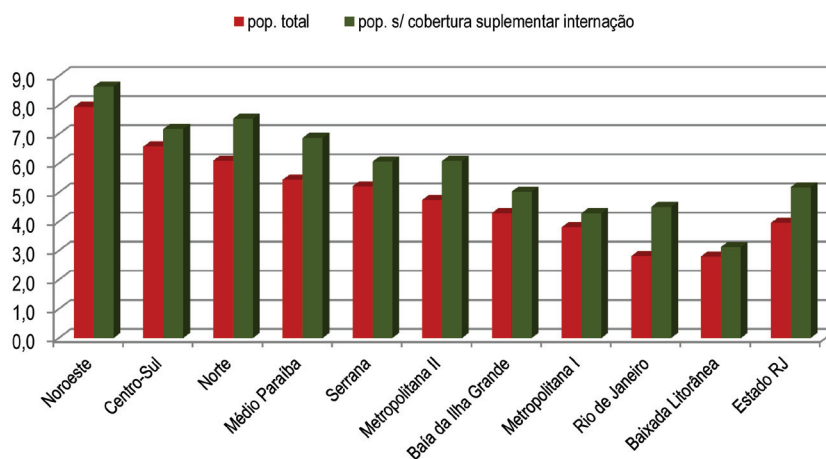
Chama a atenção ainda a queda nas internações observada entre os anos 2007 e 2008. A acentuada diminuição da taxa de internação entre um ano e outro aponta para a

[4] Não apenas o estado do Rio de Janeiro tem maior cobertura de planos privados do que a média brasileira, como especificamente na faixa de mulheres em idade fértil, a cobertura mostrou notável aumento no período 2000-2007 – da ordem de 200% (ANS, 2008).

instabilidade da oferta de leitos no SUS. Ainda que não se possa desconsiderar problemas de informação, não é incomum que a capacidade instalada ofertada em determinado período deixe de sê-lo após curto tempo, em especial no setor privado contratado, seja por carência de recursos humanos e de equipamentos, seja por mudanças específicas locais, o que torna o acesso aos recursos de saúde extremamente instável e pouco garantido, uma limitação importante à proposta de implementação de uma política de garantia do direito.

Desvendando as Desigualdades Regionais

As taxas de internação SUS nas diversas regiões de saúde apresentaram notáveis disparidades em 2008, acompanhando a oferta desigual de leitos. No Gráfico 6, as taxas são apresentadas considerando a população total e a população sem cobertura de internação em planos privados.

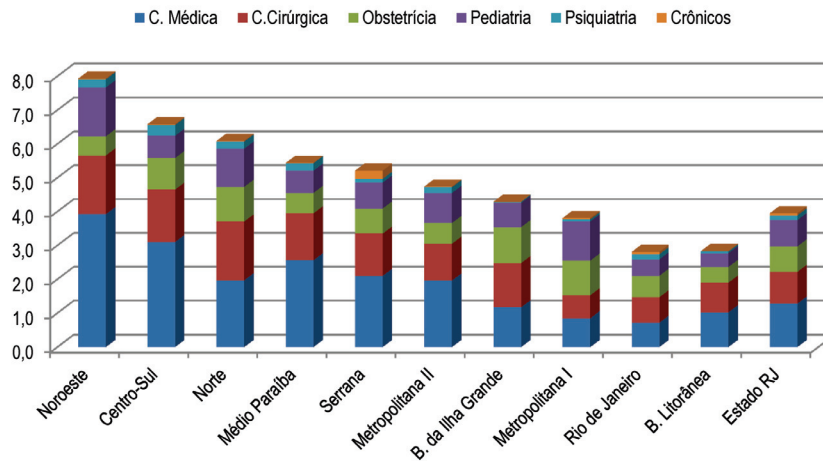
Gráfico 6 – Taxas de internação total SUS (por 100 habitantes). População total e população sem cobertura suplementar de internação. Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

Quando se considera a população total, as taxas regionais variaram entre 7,9% na Noroeste – a única região que atinge o parâmetro de 7 a 9% da portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002) – e 2,8 na Baixada Litorânea.

As taxas para a população sem cobertura suplementar variaram entre 8,6 e 3,1% nas mesmas regiões citadas. Em apenas três casos – Noroeste, Centro-Sul e Norte –, os valores alcançaram a norma estabelecida.

Ainda que passem de 2,8 a 4,5%, pelo maior peso da cobertura suplementar, as taxas do município do Rio permanecem bem abaixo do parâmetro e entre os três menores valores – ao lado da Baixada Litorânea e da Metropolitana I.

Além das diferenças observadas na taxa total de internação, as taxas por especialidade e seu peso na composição da taxa total também apresentam grande variação entre as regiões (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Taxas de internação SUS (por 100 habitantes) em especialidades. Rio de Janeiro e regiões – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A taxa de internação em clínica médica da região Noroeste, por exemplo, é mais de 5,5 vezes a do município do Rio de Janeiro e a de clínica cirúrgica é 2,6 vezes o valor observado para a Metropolitana I. Ainda que se considere apenas a população sem cobertura suplementar de internação, a taxa de clínica médica da região Noroeste permanece quatro vezes mais alta do que a da capital, e a de clínica cirúrgica 2,4 vezes mais alta do que a da Metropolitana I.

Observam-se também consideráveis diferenças na composição da taxa de internação global das regiões. Na Noroeste, por exemplo, as internações em clínica médica são 51% das internações agudas, ao passo que no município do Rio correspondem a apenas 28%, acompanhando a baixa oferta de leitos. Em clínica cirúrgica, representam 30% das internações agudas na Norte e 18% na Metropolitana I.

Mesmo entre os três componentes da região Metropolitana, as diferenças são marcadas. A proporção da clínica médica entre as internações agudas varia de 43% na Metropolitana II a 22% na Metropolitana I. Em clínica cirúrgica, vai de 18% na Metropolitana I a 30% na capital.

Ressalvados problemas relativos ao sistema de informações, as diferenças existentes no perfil epidemiológico das regiões não justificariam disparidades tão significativas nos indicadores. Da mesma forma, a cobertura do PSF não se correlaciona com taxas mais baixas de internação em clínica médica – em sua vasta maioria internações de média complexidade.

Os fatores mais relevantes para explicação dessas diferenças são a oferta diferenciada de serviços nas regiões em questão e sua acessibilidade. Em algumas regiões, os moradores estão tendo mais acesso a recursos de internação SUS do que em outras, seja pela maior oferta local, seja por melhores condições de acesso a serviços localizados em outras regiões.

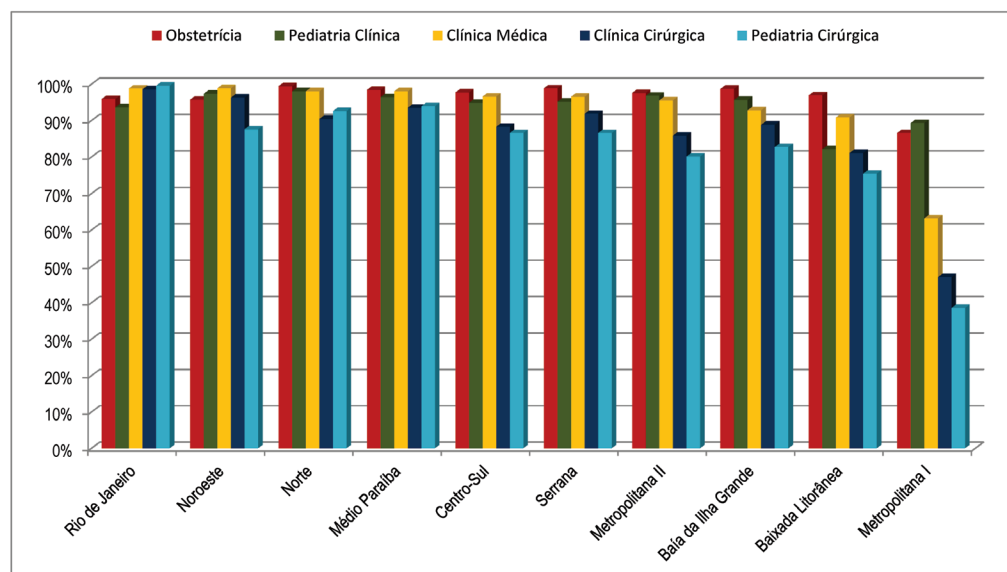
Fluxos Assistenciais: quem interna e onde

A análise dos fluxos estabelecidos entre as regiões de saúde permite avaliar que relações de referência estão sendo implementadas, ainda que, em sua maior parte, não se trate de referências institucionalizadas – acordadas pelos gestores municipais e/ou realizadas pela central de regulação –, mas definidas pelo próprio usuário ou pelas unidades de saúde isoladamente.

Na medida em que as internações psiquiátricas e em leitos de longa permanência obedecem a uma lógica distinta, foram analisados os fluxos estabelecidos para as internações de curta permanência/agudas nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria clínica e cirúrgica e obstetrícia. O total das internações consideradas engloba tanto as classificadas como média como as de alta complexidade, estas últimas representando 4% do total – percentual que variou entre 0,8% na pediatria clínica a 11% na clínica cirúrgica.

No ano de 2008, a maioria das internações agudas de moradores do estado do Rio de Janeiro realizadas no SUS ocorreu na própria região de residência, com percentuais variando de acordo com a especialidade considerada. A grande exceção foi a região Metropolitana I que em 2008 deixou de realizar uma boa parte das internações de seus residentes (Gráfico 8).

Quando se considera apenas o pequeno grupo de internações em alta complexidade, naturalmente o percentual de absorção na região de residência diminui consideravelmente.

Gráfico 8 – Percentual de internações de moradores realizado na região de residência por especialidades. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

Praticamente todas as regiões absorveram a quase totalidade das internações de seus residentes nas especialidades de obstetrícia e pediatria clínica. A exceção maior ficou

por conta da Metropolitana I, onde 15% das internações obstétricas foram absorvidas por outras regiões – principalmente a capital e, em menor proporção, a Centro-Sul[5] – e onde 11% de seus pacientes pediátricos foram encaminhados ao município do Rio. Nesta especialidade, a Baixada Litorânea também deixou de fazer 18% das internações de seus pacientes, realizadas na capital.

Os percentuais de encaminhamentos pediátricos adquirem particular significado quando se considera que a alta complexidade representa a minúscula parcela de 0,8% do total de internações. É absorvida em proporção significativa apenas no município do Rio, que também recebe a maioria das internações das demais regiões.

Em clínica médica, especialidade na qual 97% das internações são classificadas como de média complexidade, praticamente todas as regiões apresentam percentual acima de 90%, com exceção novamente da Metropolitana I, que realizou 63% das internações de seus habitantes, encaminhando as demais para a capital e para o Centro-Sul.

Quando se consideram os 3% de internações de alta complexidade, apenas em três regiões são absorvidos mais de 70% dos casos, além da capital: Noroeste, Norte e Metropolitana II. Centro-Sul, Baixada Litorânea e Baía da Ilha Grande não internam nenhum paciente em alta complexidade clínica. O município do Rio é a maior referência para todas as regiões.

Nas clínicas cirúrgicas – de adultos e pediátricas –, que concentram maior percentual de procedimentos de alta complexidade, três regiões deixaram de absorver parcelas mais significativas das internações de seus habitantes. A Metropolitana I realiza apenas 47% das internações de adultos e 38% das pediátricas, encaminhando nos dois casos os pacientes para a capital. A Baixada Litorânea deixou de absorver 18% das internações cirúrgicas de adultos e 25% das infantis, que são feitas principalmente no município do Rio e em menor proporção na Norte e Metropolitana II. Esta última também deixa de absorver 15% de seus pacientes cirúrgicos, internações efetuadas no Rio.

No subgrupo das internações cirúrgicas de adultos de alta complexidade, 11% do total, as regiões com maior absorção de seus habitantes foram a capital, a Noroeste e a Serrana. O município do Rio é a maior referência para todas as demais regiões. A Metropolitana I não realizou nenhuma internação cirúrgica de alta complexidade.

Na pediatria cirúrgica, as internações de alta complexidade foram 3% do total, absorvidas na própria região de moradia em mais de 70% dos casos no município do Rio, na Serrana e Noroeste. A Metropolitana I não realizou nenhuma internação pediátrica cirúrgica de alta complexidade. A capital permanece a principal referência no estado.

É importante ressaltar que o fato de a totalidade das internações em uma especialidade ser realizada na região de residência não se relaciona com suficiência de recursos para atendimento às necessidades. As taxas de internação do SUS, mais baixas do que a média do estado e do Brasil em várias das regiões – mesmo quando se considera só a população

[5] Na região Centro-Sul, o município de Paracambi (que pertence à região de governo Metropolitana), recebe e, em menor magnitude, envia pacientes para a Metropolitana I, especialmente dos municípios limítrofes de Japeri e Seropédica.

sem cobertura de saúde suplementar – e muito mais baixas que as preconizadas pela portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002), indicam falta de acesso a recursos de internação, seja pela capacidade instalada insuficiente, seja por problemas de gestão e/ou outras barreiras ao acesso. A demanda reprimida por internações em algumas regiões pode ser constatada pela pressão observada nos serviços de emergência que apresentam altíssimos tempos de permanência – que nem sempre geram AIH´s – e pelas dificuldades enfrentadas pelas centrais de regulação para viabilizar a absorção da demanda que lhe chega.

De forma geral, as internações classificadas como de média complexidade estão sendo absorvidas pelas regiões de moradia. A notável exceção é a região Metropolitana I em quase todas as clínicas consideradas, com proporções de absorção variando entre 37% na pediatria a 85% em obstetrícia.

Para as internações não absorvidas nos locais de moradia, foram identificados alguns fluxos mais significativos – não se sabe se formais, informais ou por meio de autorreferência –, principalmente da Metropolitana I para o Rio de Janeiro e Centro-Sul e da Baixada Litorânea para o Rio, Metropolitana II e Norte.

Há fluxos menos importantes estabelecidos entre várias regiões, contíguas ou não, dependendo da especialidade em questão. Nas especialidades cirúrgicas, todas as regiões, em graus distintos, têm residentes internados na capital.

Observaram-se também curiosos fluxos inversos. O município do Rio de Janeiro, que absorve 96% de suas pacientes obstétricas, referencia 4% de suas gestantes para a Metropolitana I, de quem recebe um número significativo de referências na mesma especialidade. Também na pediatria clínica, a capital, que absorve 93% de suas internações pediátricas, interna 6% de seus pacientes pediátricos na Metropolitana I, de quem recebe 11% das internações infantis.

Alta Complexidade: pouca, cara e para poucos

No estado do Rio de Janeiro, os gastos com procedimentos de alta complexidade absorvem porção significativa dos recursos financeiro do SUS e estão em permanente ascensão. Parte da alta complexidade é realizada por meio de internações e parte, em ambulatório. O elenco de procedimentos de alta complexidade hospitalar e ambulatorial é definido pelo Ministério da Saúde e sua produção é realizada por unidades que possuem habilitação emitida por meio de portarias.

As internações classificadas como de alta complexidade representaram 4% do total realizado no SUS/RJ em 2008. Destas, 70% foram internações cirúrgicas e corresponderam a 11% do total de internações cirúrgicas realizadas.

As especialidades que responderam pelo maior percentual de procedimentos de alta complexidade são a cardiovascular (25%), ortopedia (10%) e neurocirurgia (8%), totalizando 43% da alta complexidade cirúrgica. Em números absolutos, no entanto, são poucos os procedimentos realizados (Tabela 1).

Tabela 1 – Internações cirúrgicas total, e em alta e média complexidade em especialidades selecionadas. Estado do Rio de Janeiro – 2008

Especialidade	Alta	%	Média	%	Total	%
Ortopedia	2.369	7,1	31.039	92,9	33.408	100,0
Cardiovascular	5.818	53,6	5.035	46,4	10.853	100,0
Neurocirurgia	1.819	44,1	2.304	55,9	4.123	100,0
Total	10.006	20,7	38.378	79,3	48.384	100,0

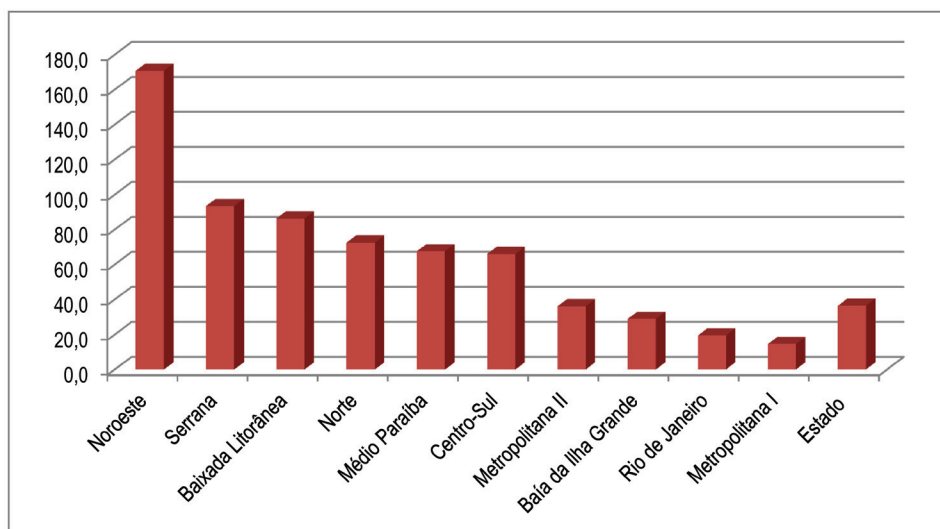
Fonte: Brasil/MS (2008).

Ao considerar as três especialidades, as internações totais em ortopedia são o maior grupo, dos quais cerca de 7% em alta complexidade. Entre os procedimentos mais comuns no grupo de alta complexidade estão as artroplastias de quadril e de joelho. Nos grupos cardiovascular e de neurocirurgia, além do pequeno número de intervenções realizadas, chama a atenção a relação entre procedimentos de alta e média complexidade. Os procedimentos mais comuns na alta complexidade cirúrgica cardiovascular são as angioplastias com implante de *stent* (33% do total), as revascularizações miocárdicas e a implantação de marca-passo. Na neurocirurgia, os procedimentos mais comuns na alta complexidade são tratamento de aneurismas e tumores cerebrais.[6]

A produção realizada no SUS/RJ nas três especialidades selecionadas resulta em baixas taxas de internação, quando comparadas à média brasileira e a outros estados da federação, e a exemplo das internações totais em especialidades apresenta valores muito distintos entre as regiões.

As taxas de internação em alta complexidade cardiovascular variaram entre 14,5 na Metropolitana I e 170,8 por 100.000 habitantes na Noroeste, região cujo indicador claramente se destaca dos demais. A média para o estado foi de 37,1/100.000 (Gráfico 9).

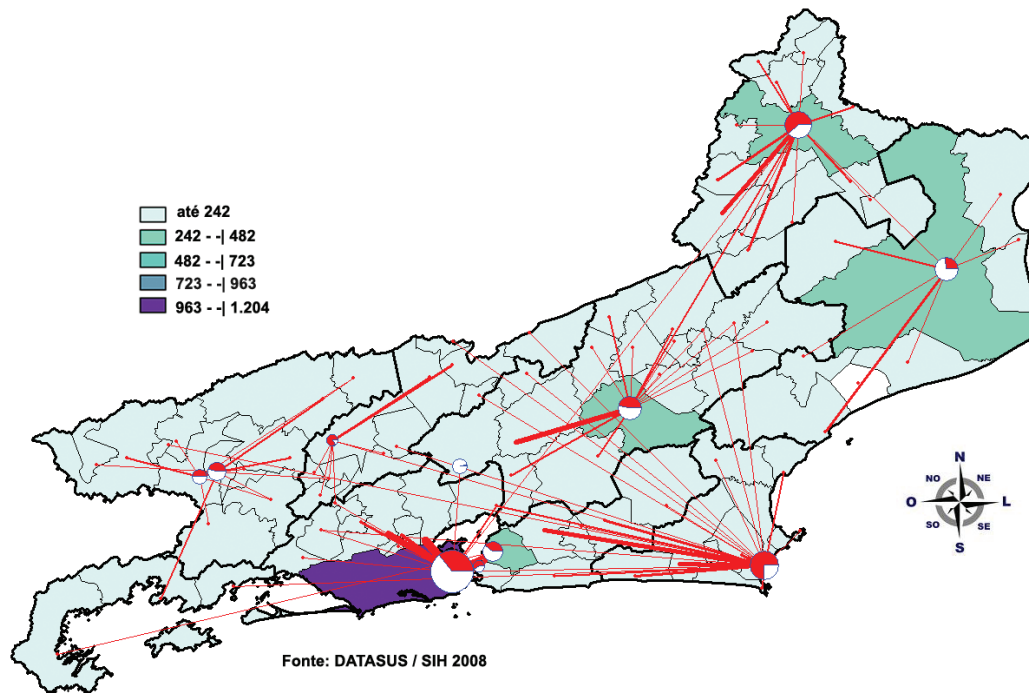
[6] A aproximação à avaliação da complexidade por meio da relação média/alta complexidade é bastante difícil com base na tabela SUS. Na especialidade cardiovascular, pelo agrupamento adotado, enquanto os principais diagnósticos na alta complexidade estão na área da cirurgia cardíaca, na média estão no campo da cirurgia vascular – cirurgia de varizes – não permitindo a comparação. Nos dois outros grupos, há maior homogeneidade na classificação.

Gráfico 9 – Taxa de internação SUS em alta complexidade cardiovascular. Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A região Noroeste realiza a totalidade dos procedimentos de seus moradores, ao passo que a capital, Norte, Médio Paraíba, Baixada Litorânea e Serrana absorvem entre 85 e 95% das internações. Baixada Litorânea, Noroeste e município do Rio recebem pacientes das várias regiões. A disparidade entre as taxas nas regiões que realizam percentuais elevados das internações de seus moradores ilustra o que foi comentado sobre a não correlação entre absorção de internações e atendimento ao total das necessidades de ações e serviços.

Apenas a Baía da Ilha Grande e a Metropolitana I não realizam procedimentos. No primeiro caso, as internações são realizadas no Médio Paraíba e na Baixada Litorânea; no segundo, na capital, na Metropolitana II e na Baixada Litorânea.

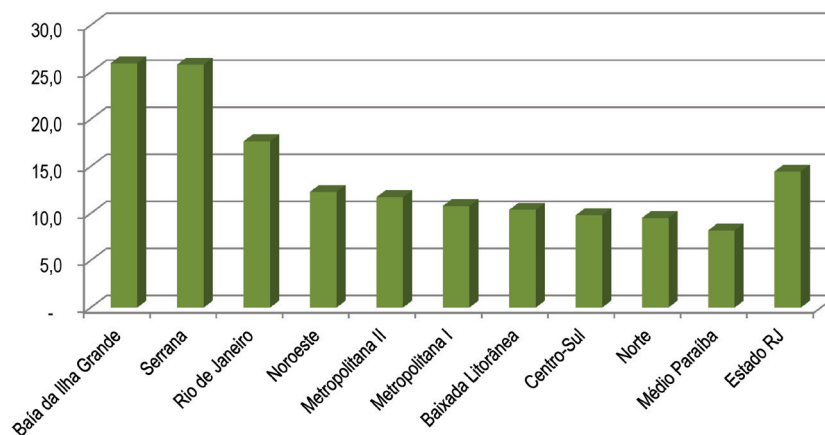
Na área cardiovascular há uma clara proliferação de polos. Na capital são realizados 30% do total dos procedimentos do estado e na Baixada Litorânea são feitos outros 14%. Noroeste, Serrana, Médio Paraíba e Norte realizam entre 12 e 10% do total cada. Essa distribuição pode ser observada no Gráfico 10, no qual são mostrados os fluxos. Os círculos representam procedimentos realizados no município, a área do círculo em branco representa procedimentos realizados para os próprios munícipes e a área em cor, os procedimentos realizados para pacientes de outros municípios.

Gráfico 10 – Fluxos de internações em alta complexidade cardiovascular. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

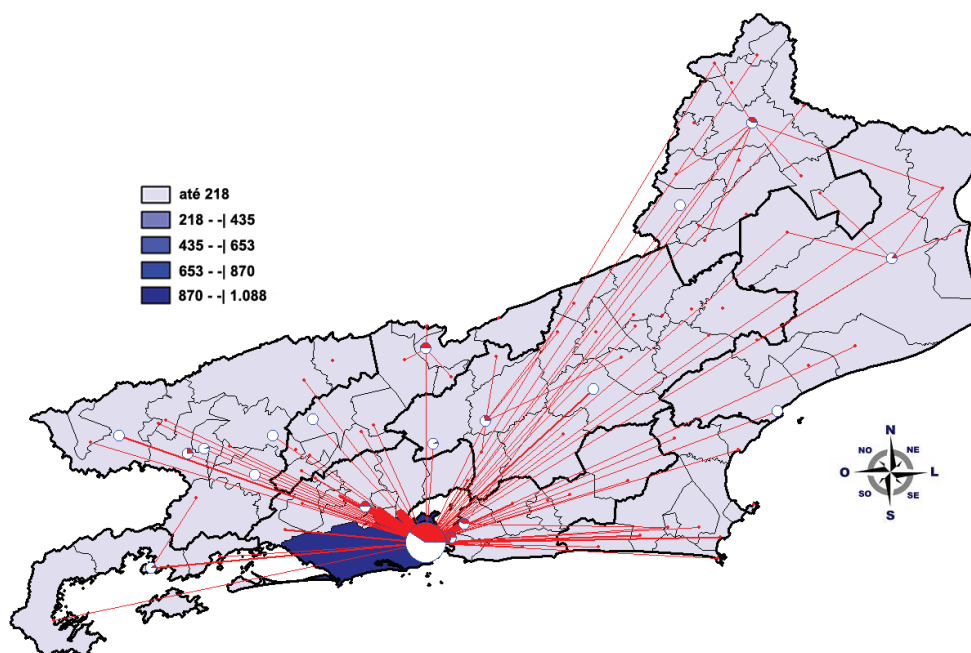
As taxas de internação em alta complexidade cardiovascular no SUS/RJ – 37,1/100.000 – são significativamente mais baixas que a média no país, de 68,4, e muito abaixo das médias observadas em outros estados das regiões Sudeste e Sul. Minas Gerais tem taxa de 71,2; São Paulo de 95,9; o Paraná de 137,2 e o Rio Grande do Sul de 150,3. O valor médio da AIH no Rio também é menor que a média brasileira.

Em ortopedia, as taxas variaram entre 8,2 no Médio Paraíba e 26,0/100.000 nas regiões da Baía da Ilha Grande e Serrana, com média de 14,9 no estado (Gráfico 11). Os números absolutos são pequenos, totalizando 2.369 casos (Tabela 1).

As taxas no estado estão abaixo da média nacional (18,1) e de São Paulo (22,5) e Minas Gerais (18,1), e muito distanciadas dos valores para o Paraná (32,3) e Rio Grande do Sul (46,4). O valor médio da AIH no Rio é também substancialmente mais baixo que a média nacional, superando apenas os valores de Roraima e Amazonas.

Gráfico 11 – Taxa de internação SUS em alta complexidade ortopédica. Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

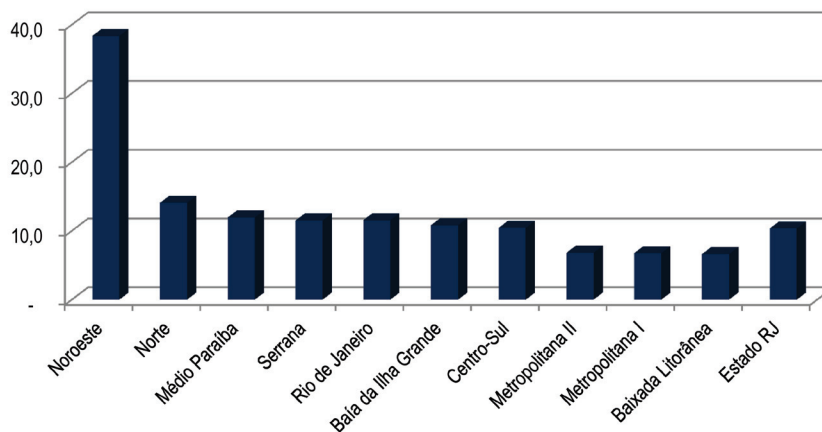
A capital absorve a quase totalidade de seus pacientes, e as regiões Serrana, Norte, Noroeste e Baía da Ilha Grande absorvem mais de 60% dos seus. A Metropolitana I e a Baía da Ilha Grande não realizam procedimentos e, nesta última, a taxa de internação encontrada – a mais alta do estado – é totalmente realizada na capital, onde são feitos 80% do total de procedimentos, seguida pela Serrana com 9% e pela Metropolitana II com 4%. A concentração de realização de procedimentos no Rio de Janeiro é evidenciada no Gráfico 12.

Gráfico 12 – Fluxos de internações em alta complexidade ortopédica. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A demanda reprimida por procedimentos de alta complexidade em ortopedia é sobejamente conhecida, gerando as longas filas de espera, que chegam a durar anos, pela realização de artroplastias. Embora este não seja um problema exclusivo do estado do Rio de Janeiro ou do SUS, chama a atenção a baixa produção do estado, quando comparado a outras unidades da federação, e a desigualdade de acesso entre as regiões.

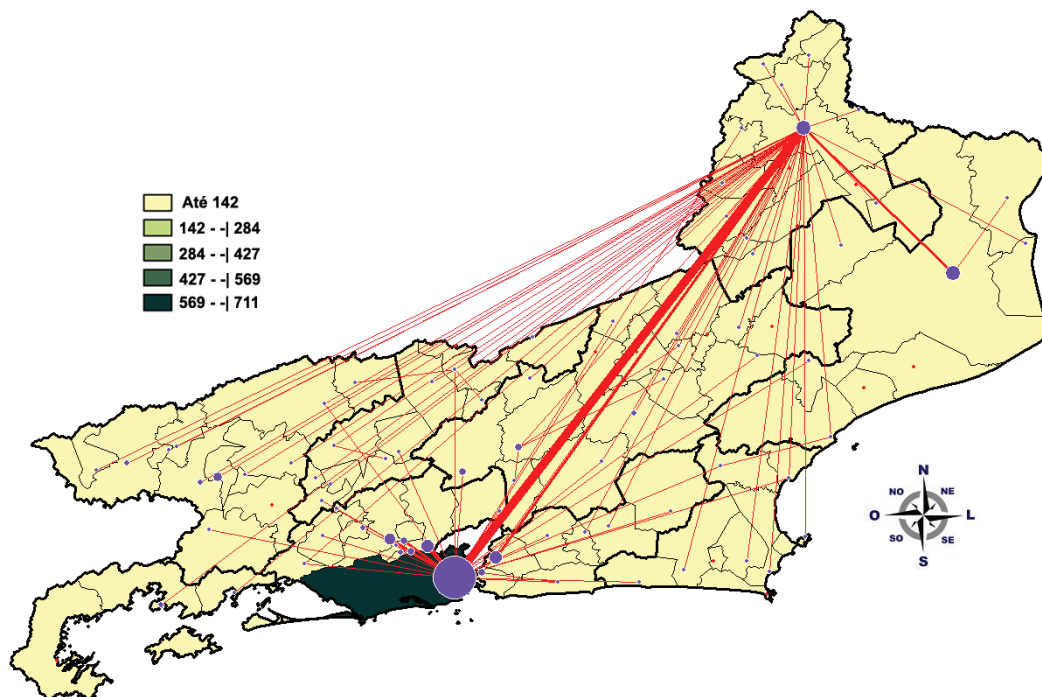
Em neurocirurgia, as taxas variaram entre em torno de 6,5 nas regiões Metropolitana I e II e Baixada Litorânea, e 38/100.000 habitantes na Noroeste – claramente destacada das demais regiões (Gráfico 13). A média do estado foi de 10,3/100.000 e os números absolutos são muito reduzidos: 1.819 procedimentos.

A taxa de internação do estado, uma vez mais, foi mais baixa que a média nacional, de 15,1/100.000, e que de São Paulo (19,2) e Minas Gerais (13,8). Os estados do Paraná e do Rio Grande do Sul permanecem apresentando as maiores taxas, de 28 e 32,8/100.000, respectivamente. O valor da AIH média no Rio, no entanto, é o maior do país, significativamente mais alto que a média nacional.

Gráfico 13 – Taxa de internação SUS em alta complexidade em neurocirurgia. Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A região Noroeste absorve a totalidade de pacientes de seus municípios e a capital, interna 85% de seus casos, referenciando os demais para a própria Noroeste, que recebe também pacientes de todas as outras regiões. As regiões Norte, Serrana e Centro-Sul absorvem mais de 40% de seus pacientes. A Baixada Litorânea não realizou nenhum procedimento no grupo considerado.

A capital, que realiza 50% dos procedimentos, e a região Noroeste, com 38% do total, são os dois grandes polos na especialidade como pode ser observado no Gráfico 14.

Gráfico 14 – Fluxos de internações em alta complexidade neurocirúrgica. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

Portanto, ademais das baixas taxas de internação em alta complexidade, quando comparados a outros estados da federação e à média nacional, existem grandes disparidades entre as regiões, a exemplo do observado para as internações totais. Tais disparidades são resultantes da oferta de serviços habilitados em determinadas regiões e não em outras, assim como de mecanismos de acesso a serviços através de referências, que não se reproduzem de forma equitativa.

É importante destacar o caso de algumas regiões que não absorvem as internações em pediatria clínica ou em clínica médica de seus habitantes, mas realizam parcela significativa de procedimentos de alta complexidade, recebendo, inclusive, referências de vários outros territórios, mostrando a pouca consistência no padrão de oferta estimulado por arranjos específicos locais e pelo método de pagamento por procedimentos.

No caso da alta complexidade, naturalmente a oferta de serviços não poderá ser realizada em todas as regiões, pois obedece a critérios de escala e disponibilidade de recursos, principalmente recursos humanos. Especialmente nesse campo, o volume de produção está relacionado à qualidade, aconselhando a concentração de procedimentos em unidades de referência. O processo de regionalização e organização de redes permitiria o acesso mais equitativo a partir da definição de referências formais entre regiões e municípios. Tal processo pressupõe planejamento sistêmico, considerando as necessidades do estado como um todo e de suas regiões, que embasariam as decisões a respeito das habilitações a serem definidas.

Enfrentando os Desafios da Regionalização

A análise da oferta e a utilização dos recursos existentes – em especial daqueles de maior densidade tecnológica/ complexidade, que devem servir a bases populacionais maiores – evidenciam alguns dos desafios a serem enfrentados na construção da regionalização e na instituição de redes, ao mesmo tempo que aponta algumas das possíveis estratégias para seu enfrentamento.

Um primeiro desafio, de caráter técnico-metodológico encontra-se no âmbito dos sistemas de informação utilizados, todos pensados primordialmente como instrumentos de faturamento. O CNES, base das informações sobre a capacidade instalada, não permite facilmente a classificação de unidades e dificulta a identificação de leitos por especialidades. Seu aprimoramento em uma perspectiva mais voltada ao planejamento permitiria dispor de um instrumento eficaz para levantamento da capacidade existente, para o qual poderiam ser desenhadas estratégias de permanente atualização.

Já o SIH/SUS, base das informações sobre a produção hospitalar realizada, apresenta dois problemas centrais. O primeiro é o universo coberto. O não preenchimento de AIH´s por hospitais públicos orçamentados ou não credenciados no sistema e a falta de informação sobre as internações realizadas no subsetor suplementar fazem com que as informações disponíveis sejam referentes a percentuais significativamente menores que as realizadas, dependendo do território e sua cobertura de saúde suplementar, da especialidade considerada e da natureza do provedor.

Um segundo problema diz respeito à dificuldade de uma aproximação à complexidade dos procedimentos realizados, pela forma de classificação utilizada pela tabela AIH. Os agrupamentos de procedimentos podem obedecer a lógicas distintas, adotadas em função do faturamento, que por vezes são inconsistentes ou contraditórias, dependendo do grupo considerado. A aproximação da tabela ou mesmo sua substituição por um sistema de tipo Diagnosis Related Groups (DRG), adotado na maior parte dos sistemas de saúde para gestão e pagamento, permitiria a análise da produção realizada de forma consistente, identificando polos de acordo com a complexidade realizada e embasando a proposta de regionalização.

Ao sair do campo da construção dos instrumentos, colocam-se os desafios à construção da própria regionalização. Ao considerar que se trata de uma estratégia para diminuição de desigualdades no âmbito de um sistema que se propõe universal e equitativo, a observação de indicadores tão díspares entre as regiões do estado aponta para a necessidade de elaborar estratégias de montagem de redes que diminuam as desigualdades existentes.

Do ponto de vista da organização da atenção, uma primeira e fundamental questão diz respeito ao aumento da cobertura em primeiro nível, especialmente na região Metropolitana, e à adoção de modelos que superem a baixa resolutividade – a persistente separação entre 'demanda programada' e 'demanda espontânea' –, remanescente dos programas verticais, que cria enormes barreiras ao acesso e pressiona os demais níveis do sistema. Além de uma nova concepção, o enfrentamento de questões relativas à qualificação dos

profissionais e à gestão do trabalho são essenciais à institucionalização do primeiro nível, permitindo a construção de mecanismos de coordenação em redes.

Um outro desafio, que não apresenta poucas dificuldades, é a profunda revisão do padrão de oferta de recursos especializados – ambulatoriais e hospitalares – e a alta complexidade, passando a considerar as necessidades do estado e das regiões como um todo, desenhando estratégias para ampliação da oferta em determinados territórios e especialidades, redefinindo perfis de unidades e redirecionando fluxos. Ainda que numa primeira fase a oferta deva depender basicamente da capacidade instalada atualmente existente, é possível estabelecer contratos, utilizar instrumentos de regulação e incentivos desenhados especificamente para a redefinição de perfis e redirecionamento de fluxos, de modo a otimizar a capacidade existente e planejar sua expansão a médio e longo prazos.

Esse é um desafio técnico-político de monta, porque apesar da crença de que o Rio de Janeiro dispõe de parque hospitalar e de serviços de alta complexidade em profusão, em detrimento do primeiro nível de atenção, os números mostram que, na realidade, há carências, inadequações e distorções em todos os níveis da rede, incluindo baixa oferta de leitos e pouco acesso à internação em algumas regiões e especialidades. Particularmente, os números da alta complexidade impressionam, encontrando-se abaixo da média nacional em todos os grupos e muito abaixo do realizado em outros estados da região Sudeste. Não há como mudar esse panorama sem a reavaliação da oferta e o enfrentamento das questões relacionadas à gestão das unidades existentes.

Se esta é por si só uma tarefa difícil, torna-se impossível sem a adoção do planejamento, com elaboração de diagnósticos e de propostas de intervenção em nível regional, resultando em planos que se proponham a ser efetivamente cumpridos, na direção da construção de redes e linhas de cuidado no mundo real. Sem planejamento, a pactuação intergestores permanecerá impossibilitada de superar as armadilhas do 'apagar incêndios' e da 'troca de procedimentos'.

Em contrapartida, a criação da região real pressupõe a construção coletiva desde seu início, que não se iguala à integração do planejado/programado em cada município. O termo 'invasão' de um município por usuários oriundos de outro, tão amplamente utilizado, é, na verdade, incompatível com um sistema que se propõe único, universal e equitativo, no qual a garantia do direito não pode depender do local de moradia do cidadão. O que nos coloca um outro e indissociável desafio – o da construção da gestão dos territórios regionais, necessariamente englobando e articulando vários municípios e instituindo a responsabilização coletiva pela saúde de todos os habitantes da região e do estado. Para isso, o único caminho é a suspensão das fronteiras, a instituição dos mecanismos que possibilitem o planejamento conjunto – a ser utilizado como base da pactuação – e a operacionalização e o acompanhamento do plano regional, direcionando nesse sentido o trabalho dos colegiados de gestão regional.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Consulta a beneficiários e operadoras, 2008. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: jul. 2008.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 329-339, 2001.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B. & LEAL, M. C. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1): 19-30, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.101 de 12 jun. 2002. Brasília, *Diário Oficial da União*, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática e Informação em Saúde do SUS. Informações em Saúde. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: jul. 2008.

ENSP/SESDEC. Análise de indicadores e da oferta de serviços na área materno-infantil. *Relatório de Projeto*. Rio de Janeiro, 2009. (Projeto de Cooperação)

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Plano Diretor de Regionalização 2001/2004*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2000.

GRÃ-BRETANHA. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. *Informe Dawson sobre el Futuro de los Servicios Medicos y Afines, 1920.* Washington: Opas/OMS, 1964. (Publicación Científica, 93)

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.017-1.025, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária 2005*. Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Contas Nacionais n. 26. Produto interno bruto dos municípios 2003-2006*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

KUSCHNIR, R. (Coord.). *Atlas de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Secretaria de Estado de Saúde, Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2009.

KUSCHNIR, R. *et al*. Metodologia para programação de atividades e cálculo dos valores de financiamento da rede municipal. *Revista Saúde em Debate*, 1: 50-54, 1989. (Série especial)

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde dos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.

MIRANDA, A. C. *et al*. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. C. & LEVCOVITZ, E. Estratégias para a construção de sistemas locais de saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 109(5-6): 529-533, 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos, experiencias.* Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1990. (Publicación Científica, 519)

SALTMAN, R. B. & FIGUERAS, J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17(2): 85-108, 1998.

SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V. & VRANGBAEK, K. (Orgs.). *Decentralization in Health Care: strategies and outcomes*. London: Open University Press, European Observatory on Health Care Systems, 2007.

SANTOS, L. & MONTEIRO, L. O. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas, São Paulo: Conasems, Idisa, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Plano Diretor para o Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – 1990/1992*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 1990.

SILVA, F. S. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas, São Paulo: Conasems, Idisa, 2008.

VIANA, A. L. *et al*. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 22(1): 92-106, 2008.

Desempenho Hospitalar: avaliação do tempo de permanência e mortalidade entre prestadores no estado do Rio de Janeiro[1]

10

Mônica Martins
Margareth Crisóstomo Portella
Marina Ferreira de Noronha

A avaliação da qualidade do desempenho dos serviços de saúde é essencial. A compreensão da noção de desempenho é importante tanto do ponto de vista teórico quanto do ponto de vista da gestão das organizações.

Desempenho é um conceito multidimensional, geralmente associado à economia, à efetividade e à eficiência. Existem vários modelos de desempenho que ressaltam diferentes visões da organização (Cameron, 1986). A variedade de modelos de desempenho descrita na literatura reflete a complexidade da questão e, por consequência, a diversidade de definições, das dimensões englobadas, dos determinantes do desempenho, dos indicadores utilizados e dos critérios de julgamento (Sicotte et *al.*, 1998). Portanto, seria praticamente impossível mensurar completamente o desempenho em todas as suas dimensões (Cameron, 1986). Além disso, destaca-se sua natureza paradoxal, isto é: uma organização pode ter ao mesmo tempo bom desempenho segundo um critério ou dimensão e desempenho insuficiente segundo outro critério (Sicotte, Champagne & Contandriopoulos, 1999). Para os estabelecimentos de saúde, esta problemática é ainda mais incerta dada a natureza do produto e do processo de trabalho empregado (Fottler, 1987; Leggat *et al.*, 1998; Sicotte *et al.*, 1998).

Por sua vez, a noção de qualidade remete a vários significados em função da natureza das disciplinas de base. Além disso, outros conceitos são usados como sinônimos, tais como os de excelência, efetividade, eficiência, produtividade, desempenho e qualidade total. Qual o significado da qualidade na área da saúde? Blumenthal (1996) destaca a variedade existente de conceitos sobre o que seja um cuidado de qualidade e descreve o conceito do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) como o mais frequentemente empregado. Para o IOM qualidade da assistência é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade

[1] Etapas anteriores que viabilizaram a realização deste trabalho foram financiadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (CNPq/Papes – IV-Fiocruz (Processo 400106/2006-0.)

de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente (Blumenthal, 1996).

O conceito de qualidade empregado no sentido amplo do termo engloba dimensões, como a efetividade, o acesso, a eficiência, a aceitabilidade e a qualidade técnico-científica, entre outros componentes. Há distinções de acordo com o autor que o emprega. Ao longo dos anos, o conceito passa a incluir novas dimensões, mais recentemente agregaram-se as dimensões da segurança e do respeito ao direito dos pacientes.

Nos EUA, em 2004, foi publicado um estudo sobre a qualidade do cuidado em saúde (National Healthcare Quality Report),[2] no qual as dimensões da qualidade analisadas foram: efetividade, segurança, oportunidade e centralidade no paciente. Desta análise depreende-se que um cuidado de qualidade deve ser: efetivo, isto é, prestar serviços baseados no conhecimento científico a todos que podem se beneficiar e evitar prestar esses serviços para aqueles que provavelmente não se beneficiarão; seguro, isto é, evitar danos para pacientes decorrentes do cuidado que deveria os ajudar; oportuno no tempo, isto é, reduzir espera e às vezes demoras prejudiciais para aqueles que recebem o cuidado; e prestar serviço centrado no paciente, isto é, prover cuidado que seja respeitoso e aceitável às preferências, necessidades e valores dos pacientes e garantir que tais valores guiem todas as decisões clínicas. Os problemas na qualidade do cuidado vêm sendo descritos como decorrentes do uso excessivo (*over use*), do uso insuficiente (*underuse*) e do uso inadequado (*misuse*) de uma tecnologia médica (Grol, 2001; Kohn, Corrigan & Donaldson, 2003).

Preocupações com a qualidade do cuidado e com o desenho de estratégias dirigidas para avaliação e monitoramento tendo em vista a melhoria da qualidade e do desempenho dos serviços de saúde estão presentes nas agendas governamentais, acadêmicas e dos serviços de saúde, em diversos países (Donabedian, 2003). A partir dessas preocupações, foram feitas análises comparativas do desempenho dos serviços de saúde, com ênfase nos cuidados hospitalares.

Neste contexto, o desenvolvimento e o uso de indicadores de desempenho clínico para monitorar a qualidade da assistência ganham destaque. Em vários países, agências governamentais, associações de hospitais, companhias de seguro saúde e associações de consumidores realizam e publicam avaliações comparativas do desempenho dos hospitais utilizando taxas de mortalidade e outros indicadores (Thomas & Hofer, 1998; Fung *et al.*, 2008; Robinowitz & Dudley, 2006). Um elemento favorável, que fomentou este tipo de abordagem, foi a disponibilidade de grandes bases de dados administrativos informatizados com informações sobre a produção hospitalar (Wray *et al.*, 1997).

A complexidade do conceito de desempenho traz dificuldades para explicar as variações e para fazer um julgamento sobre a existência de problemas na qualidade dos cuidados (Sicotte *et al.*, 1998). Além disso, outros desafios emergem, pois diferenças no desempenho entre hospitais podem ser derivadas da prática médica, do perfil de casos tratados (*case mix*) ou da interação entre estes elementos. Variações no cuidado hospitalar se explicam primeiramente por diferenças no perfil de pacientes atendidos, portanto a comparação do

---

[2] Disponível em: <www.qualitytools.ahrq.gov>.

tempo de permanência, dos custos ou da mortalidade implica determinar em que extensão as diferenças observadas podem ser atribuídas ao tipo de caso admitido ou a diferenças no tratamento (Young *et al.*, 1982). Isso requererá a caracterização e a mensuração do perfil de casos atendidos e da gravidade dos mesmos (Young *et al.*, 1982; Iezzoni, 2003).

No Brasil, foi desenvolvida por pesquisadores de diversas instituições acadêmicas uma metodologia para avaliação do desempenho dos serviços e do sistema de saúde brasileiro (Viacava *et al.*, 2004). Nessa metodologia, foram definidas oito dimensões para avaliação da qualidade do desempenho de serviços: acesso (capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo); aceitabilidade (grau em que os serviços prestados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população); respeito aos direitos das pessoas (capacidade do sistema em assegurar que os serviços respeitem os indivíduos e a comunidade, e estejam orientados às pessoas); continuidade (capacidade do serviço em prestar cuidados ao paciente de forma ininterrupta e coordenada); adequação (grau com que os cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente); segurança (capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais dos cuidados ou intervenções em saúde ou ambientais); eficiência (relação entre os produtos da intervenção de saúde e os recursos utilizados); efetividade (grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados com base em estudos de eficácia).

Ao considerar a proposta da metodologia brasileira anteriormente descrita (Viacava *et al.*, 2004), a avaliação do desempenho hospitalar apresentada neste estudo se detém sobre duas dimensões da qualidade do cuidado prestado: a efetividade e a eficiência técnica da produção do cuidado (Flood & Scott, 1987). Privilegia-se aqui o exame de dois indicadores de desempenho clínico: a mortalidade hospitalar e o tempo de permanência, refletindo, respectivamente, a efetividade e a eficiência técnica dos cuidados aos pacientes. No Brasil, estes indicadores são descritos nas estatísticas globais das unidades e do sistema de saúde, contudo, são raramente utilizados para avaliação e monitoramento dos cuidados hospitalares, devido ao alto nível de agregação em que são construídos. A proposta deste trabalho foi avaliar as variações no desempenho clínico dos hospitais, mensurado pela mortalidade e tempo de permanência, levando em conta diferenças nas características dos pacientes tratados.

Mortalidade Hospitalar como Indicador de Efetividade e Medida de Resultados do Cuidado

Dentre os indicadores de resultado, a mortalidade hospitalar tem sido utilizada para identificar variações entre prestadores, atribuídas a problemas de qualidade (Travassos, Noronha & Martins, 1999). A mortalidade é um indicador tradicional do desempenho hospitalar; expressa uma dimensão da qualidade do cuidado prestado – a efetividade – mensurada por uma medida de resultado. A taxa de mortalidade hospitalar como indicador da qualidade do cuidado constitui uma ferramenta preliminar (*screening*) para discriminar

hospitais potencialmente com risco de estarem prestando serviços de qualidade inadequada ou inferior ao padrão esperado (Dubois *et al.*, 1987; OTA, 1988).

A mortalidade hospitalar, principalmente nos EUA, é um indicador de qualidade correntemente empregado para o monitoramento do cuidado prestado. Em 1986, a agência americana Health Care Financing Administration (HCFA) publicou uma lista de hospitais cujas taxas de mortalidade encontravam-se acima ou abaixo do padrão esperado, facultando o acesso livre aos dados hospitalares de pacientes atendidos pelo programa Medicare. A publicação desse tipo de indicador objetivou: ampliar o papel das comissões responsáveis pelo acompanhamento da qualidade da assistência e criar listas de hospitais considerados desviantes (*outliers*); gerar nos hospitais uma preocupação com o monitoramento da qualidade semelhante aquela associada à contenção de custos; incentivar a competição por meio da divulgação dos resultados da assistência produzida (Rosen & Green, 1987; Chassin *et al.*, 1989). Atualmente, este tipo de abordagem é empregada também por seguradoras, agências reguladoras e pesquisadores para a tomada de decisão, avaliação de prestadores, formulação de políticas e avaliação da efetividade e resultado dos cuidados médicos (Fung *et al.*, 2008; Robinowitz & Dudley, 2006).

Na avaliação das mortes em hospitais, a preocupação central deve estar voltada para a identificação daqueles óbitos que podem ser considerados como evitáveis, reconhecendo-se a existência de um risco de morrer inerente ao paciente, que define as suas chances de sobrevida, mas também reconhecendo que problemas de qualidade no processo de cuidado ao paciente podem aumentar esse risco (Dubois & Brook, 1988).

Diferenças na mortalidade hospitalar podem ser atribuídas a três elementos principais: a população de pacientes pode se distinguir significativamente pela gravidade do caso; a qualidade do cuidado pode ser inferior em certos hospitais, implicando um número significativamente elevado de mortes causadas por problemas na estrutura dos serviços ou no processo de cuidado (adequação do processo de cuidado e variações nas tecnologias médicas empregadas); erros aleatórios (Iezzoni, 2003). O caminho para construir um modelo explicativo das variações nas taxas de mortalidade hospitalar entre serviços passa pela incorporação de variáveis que definam a população de pacientes e o perfil de gravidade dos casos internados, de forma que as diferenças na qualidade (eficácia das tecnologias e adequação do processo) representem apenas a variação remanescente (Travassos, Noronha & Martins, 1999).

O ponto principal para explicar as variações observadas nas taxas de mortalidade hospitalar é identificar a importância relativa de cada um dos fatores descritos anteriormente. A discussão sobre a validade da mortalidade hospitalar como medida da qualidade do cuidado se apoia, entre outros, na mensuração precisa e adequada da gravidade dos casos tratados (Iezzoni, 2003; Travassos, Noronha & Martins, 1999). Assim, para esta avaliação ser válida, é necessário levar em consideração a diferença de prevalência dos fatores de risco entre os pacientes atendidos nos diversos hospitais ou entre diversos médicos, que modificam a gravidade dos casos atendidos.

Tempo de Permanência como Indicador de Eficiência Técnica e Medida do Processo de Cuidado

O tempo de permanência é um indicador de processo bastante utilizado na avaliação dos serviços hospitalares, como medida da eficiência técnica ou produtividade no uso dos leitos. É frequentemente utilizado para analisar os custos hospitalares e a qualidade do cuidado (Burns & Wholey, 1991; Kosecoff *et al.*, 1990) e para a construção de sistemas de classificação dos pacientes, visando a medir o produto hospitalar segundo o consumo de recursos (Hornbrook, 1982; Jenks, Williams & Kay, 1988).

Alguns estudos mostraram variação no tempo de permanência para pacientes com características semelhantes (Brownell & Roos, 1995; Cleary, 1991; Cohen *et al.*, 1999; Yuan *et al.*, 2000). Entretanto, são poucos aqueles voltados para explicar estas diferenças – os que o fazem frequentemente analisam a tendência temporal (Coulam & Gaumer, 1991; Epstein *et al.*, 1991).

Em geral, na interpretação da variação do tempo de permanência, os elementos considerados são a eficiência técnica, a qualidade e a gravidade do caso. Assim, um tempo de permanência mais longo que o previsto pode indicar maior gravidade do caso ou baixa eficiência técnica na utilização dos recursos hospitalares. Em contrapartida, se o tempo de permanência é mais curto, isto pode ser imputado a problemas na qualidade, devido a altas precoces de pacientes que teriam necessidade ainda de cuidado hospitalar, ou a uma maior eficiência técnica no uso desses leitos e outros insumos (OTA, 1986; Wyzewianski, 1987; Thomas, Guire & Horvat, 1997).

Semelhante à discussão sobre a mortalidade hospitalar, as características do perfil de casos tratados e dos pacientes (tais como a gravidade da doença principal, a idade, a presença de complicações e as co-morbidades) são fatores importantes que influenciam a permanência dos pacientes (Goldfarb *et al.*, 1984; Brownell & Roos, 1995). Além disso, os fatores ligados à prática médica, aos hospitais, ao modo de financiamento e ao sistema de saúde, podem igualmente influenciar a variação do tempo de permanência entre casos semelhantes (Coulam & Gaumer, 1991; Thomas, Guire & Horvat, 1997).

No que diz respeito aos médicos, a adoção de procedimentos mais ou menos conservadores para o tratamento influenciará também o tempo de estadia dos pacientes no hospital (Hudges *et al.*, 1988). Entre as características dos hospitais, a composição do corpo médico (a presença de especialistas), a obtenção rápida, perda ou necessidade de repetir um exame diagnóstico, a falta ou pane de equipamentos podem determinar o tempo de permanência no hospital. Com relação ao sistema de saúde, a disponibilidade e o acesso a hospitais de longa permanência ou a cuidados domiciliares determinarão em parte a ocupação dos leitos de curta permanência e a política de transferência entre hospitais (Coulam & Gaumer, 1991; Feinglass & Hollaway, 1991; Luft, 1980).

Assim, o tempo de permanência dependerá da qualidade do cuidado, mas igualmente da distribuição etária da população, da disponibilidade e do uso de serviços de saúde alternativos. O tempo de permanência é uma medida do processo que não reflete somente a condição dos pacientes, mas também a eficiência técnica do hospital.

Avaliação da Mortalidade Hospitalar e Tempo de Permanência no Estado do Rio de Janeiro: considerações metodológicas

Fonte de Informações e Universo de Estudo

A fonte de dados é proveniente do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), colocado à disposição pelo Ministério da Saúde. Essa base de dados contém informações sobre o perfil demográfico dos pacientes (sexo e idade); os diagnósticos principal e secundário; os procedimentos cirúrgicos, terapêuticos e diagnósticos realizados; a especialidade médica do caso tratado (cirurgia, clínica médica, obstetrícia etc.); os dias de permanência; o tipo de saída; a unidade hospitalar e algumas de suas características. As informações, embora anônimas, estão disponíveis para os pacientes. No entanto, é impossível uma identificação individual.

O universo de estudo é composto por 191.282 hospitalizações decorrentes de problemas do aparelho circulatório financiadas pelo SUS, no estado do Rio de Janeiro, ocorridas no período entre janeiro de 2003 e dezembro de 2004.[3]

O volume de internações, a taxa de mortalidade e o montante volume de recursos financeiros despendidos por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), foram os principais critérios para a seleção das internações decorrentes de problemas do aparelho circulatório. Tais internaçõesrepresentam o segundo principal motivo de estadia no hospital entre adultos (idade maior ou igual a 18 anos), ultrapassado somente pelo capítulo XV da CID-10 (gravidez, parto e puerpério).

Modelo de Ajuste de Risco para Predição de Óbito e Tempo de Permanência: cálculo dos valores preditos no âmbito das internações

O ajuste de risco é uma forma de reduzir o efeito de fatores de 'confundimento' com o objetivo de permitir a comparação dos resultados. Na avaliação do desempenho clínico, estes fatores referem-se a aspectos relacionados à situação de saúde do paciente (fatores de risco) que influenciam o resultado do processo de cuidado (Blumberg, 1986). Os fatores de risco de morrer do paciente (gravidade) são variáveis de ajuste, por exemplo, das taxas de mortalidade hospitalar na realização de estudos comparativos. Um ajuste adequado é importante neste tipo de estudo, pois pacientes com características de saúde diferenciadas, que implicam diferentes tratamentos, não podem ser analisados como similares.

A seleção de variáveis para o ajuste baseia-se nas características dos pacientes, excluindo-se as características institucionais. Para a comparação do desempenho, é essencial considerar os atributos dos pacientes anteriores à assistência que podem influenciar no resultado do cuidado. Entretanto, esta distinção é difícil quando se utiliza base de dados secundários como fonte de informação, uma vez que estes em geral não informam se atributos dos pacientes estavam

[3] Esta seleção baseou-se nas informações sobre morbidade hospitalar do SUS, referentes aos anos de estudo (2003-2004). Disponíveis no portal do Departamento de Informática do SUS (Datasus) – <www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/miuf.def>.

presentes no momento de admissão. Dentre as variáveis mais utilizadas para operacionalizar dimensões do risco estão a idade, o sexo, a instabilidade clínica aguda, o tipo de admissão e o estado funcional (Iezzoni, 2003).

No presente trabalho, modelos de ajuste de risco específicos foram desenvolvidos para cada um dos indicadores de desempenho analisados, isto é, para análise da mortalidade e do tempo de permanência.

O modelo logístico foi utilizado para analisar a mortalidade hospitalar, sendo o resultado da hospitalização – óbito ou saída (inclui os casos com alta, transferência e permanência) – tratado como variável dicotômica. Foram analisadas somente as mortes ocorridas durante a hospitalização. Esta escolha justifica-se pela impossibilidade de relacionar bancos de dados sobre produção hospitalar e mortalidade (Sistema de Informação de Mortalidade – SIM). Restringir as morte ocorridas durante a hospitalização pode implicar a construção de taxas de mortalidade hospitalar subestimadas, isto é, que podem estar enviesadas por diferenças entre os hospitais no tempo de permanência dos pacientes.

O modelo linear foi utilizado para analisar o tempo de permanência. Tendo em vista que o tempo de permanência, definido pelo número de dias que o paciente ficou internado no hospital, não tem distribuição normal, testou-se ainda a transformação logarítmica dessa variável. Entretanto, esse procedimento não melhorou o modelo de forma significativa que justificasse a predição de valor com menor significado prático, isto é, compreensível para o gestor. As internações cujo tempo de permanência era zero foram recodificadas como 0,5 dias, de modo a considerar o equivalente a uma permanência de ao menos 12 horas. Foram selecionadas somente as internações de curta permanência, isto é, cujo tempo de permanência máximo foi 30 dias. Nessa etapa da análise, o volume de internações foi 122.529 casos.

Com base nas informações disponíveis no SIH-SUS e nos resultados de alguns estudos anteriores (Martins & Blais, 2006; Martins, Travassos & Noronha, 2001), o 'modelo inicial' de predição de óbito foi composto pelas seguintes variáveis: idade, sexo, diagnóstico principal, presença de comorbidade, índice de comorbidade de Charlson (ICC – Charlson *et al.*, 1987) e diagnósticos secundários específicos.

A 'idade' é utilizada como uma das variáveis de controle da gravidade do paciente, pois existe uma clara associação entre esta e risco de morte. Iezzoni (2003) sublinha que a idade pode ter um efeito independente dos outros atributos do paciente no risco de morrer. Pacientes muito idosos – 80 anos e mais – são considerados um grupo especial, pois diferem fisiologicamente dos mais jovens, mesmo quando outros fatores, como a gravidade da doença principal, são comparáveis. A idade foi tratada como variável categórica no modelo para predição de óbito e como variável contínua no modelo de predição do tempo de permanência. A idade, tratada com variável categórica, adotou o seguinte agrupamento: categoria 1 – idade entre 18 e 49 anos; categoria 2 – idade entre 50 e 59 anos; categoria 3 – idade entre 60 e 69 anos; categoria 4 – idade entre 60 e 69 anos; categoria 5 – idade entre 70 e 79 anos; categoria 6 – idade entre 80 e 89 anos; e categoria 7 – idade entre 90 e 99 anos. A categoria 1 foi a de referência.

O 'sexo' também é utilizado de modo frequente no ajuste das taxas de mortalidade hospitalar, apesar de ser uma das variáveis com menor influência no risco de morrer, com exceção de algumas condições clínicas específicas. A variável sexo, trabalhada como dicotômica, teve o sexo masculino como categoria de referência. Vale lembrar que tanto a idade quanto o sexo são variáveis simples e diretas, além de apresentarem boa validade e alta confiabilidade.

O 'diagnóstico principal' do paciente é uma dimensão essencial para o ajuste de risco, pois a gravidade pode diferir consideravelmente entre categorias diagnósticas. Assim, destaca-se a importância de selecionar diagnósticos específicos para constituir grupos de pacientes relativamente homogêneos com relação à patologia principal. Motivos de admissão específicos foram selecionados visando à maior validade na comparação entre hospitais. Os critérios de seleção adotados foram a frequência de internações e de óbitos. Os motivos de admissão (diagnóstico principal) selecionados foram: hipertensão arterial (CID-10: I10), doenças isquêmicas do coração (incluindo infarto agudo do miocárdio, CID-10: I21-I25), insuficiência cardíaca congestiva (CID-10: I50), doenças cerebrovasculares (CID-10: I60-I67, excluindo sequelas de AVC). A variável diagnóstico principal foi tratada com uma variável 'categórica' com 15 categorias, sendo a hipertensão arterial a categoria de referência. Esta foi selecionada, apesar da baixa mortalidade hospitalar, por representar um importante motivo de internação e fator de risco para as patologias selecionadas.

A existência de 'comorbidades' influencia o prognóstico dos pacientes (Iezzoni, 2003; Groot *et al.*, 2003). No presente estudo, esta foi mensurada de três distintas formas. A primeira foi a 'presença de algum diagnóstico secundário'; essa estratégia se justifica devido a limitações da base de dados, que registra somente um diagnóstico secundário e apresenta um percentual baixo de anotação no campo disponível, fato este que certamente impacta a precisão do uso de outras metodologias de ajuste de risco baseadas em comorbidades (Martins & Blais, 2006).

A segunda estratégia discriminou alguns 'diagnósticos secundários específicos' importantes como fator de risco de doenças cardiovasculares e cuja frequência no banco de dados fosse de no mínimo 1% das internações analisadas nessa etapa. Os 'diagnósticos secundários específicos' analisados foram: hipertensão arterial com e sem complicação e diabetes com e sem complicação. Os códigos da CID-10 empregados nessa etapa foram os definidos no algoritmo desenvolvido por Quan *et al.* (2005), que inclui as condições anteriormente listadas. Outras comorbidades, como doença renal ou doença valvular, que podem impactar no prognóstico e na maior permanência hospitalar do paciente, apresentaram uma frequência baixa na população de estudo. A presença de comorbidade e de diagnósticos secundários específicos foram tratadas como variáveis dicotômicas independentes.

A terceira estratégia foi a utilização do ICC (Charlson *et al.*, 1987). Este índice foi concebido empiricamente com base em um grupo de 604 pacientes do New York Hospital (EUA). Charlson e colaboradores (1987) definiram 19 condições clínicas para compor um índice de comorbidade. A metodologia utiliza as condições clinicas, anotadas como diag-

nóstico secundário, para medir a gravidade do caso e ponderar seu efeito sobre o prognóstico do paciente. Para cada uma das condições clínicas uma pontuação foi estabelecida (Quadro 1) com base no risco relativo derivado da análise de sobrevida (*harzard proportional model*), no qual a variável dependente foi a mortalidade no intervalo de até um ano.

Optou-se em projeto anterior (Martins & Blais, 2006) por adaptar as condições clínicas do ICC para a CID-10 devido à inexistência, em 2003, de adaptações para essa revisão da CID (Quadro 1). O ICC foi tratado com 'variável categórica', com pontuação igual a zero como categoria de referência. Em função da frequência de casos em cada categoria do ICC na população de estudo, adotou-se o seguinte agrupamento: categoria 1 – pontuação igual a 1; categoria 2 – pontuação igual a 2; categoria 3 – pontuação igual a 6. Esse agrupamento deve-se à existência de somente um diagnóstico secundário no SIH-SUS; consequentemente, o escore máximo obtido pela aplicação desse índice na base de dados é o mesmo que descreve cada condição clínica na metodologia do ICC, e características da população de estudo explicam a ausência de casos com escore equivalendo a 3.

Quadro 1 – ICC – ponderação de condições clínicas presentes entre os diagnósticos secundários

Pesos	Condição clínica	CID-10
1	Infarto do miocárdio	I21-I25
	Insuficiência cardíaca congestiva	I11, I50 (0-1-9)
	Doença vascular periférica	I71 - I74 E I77
	Doença cerebrovascular	I60 - I67
	Demência	F00 - F03 G20, G30.9,
	Doença pulmonar crônica	J42 - J47
	Doença tecido conjuntivo	M30-M36
	Úlcera	K25-K28
	Doença crônica do fígado ou cirrose	K70-K72, K74-K76
	Diabetes leve, sem complicação	E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9
2	Hemiplegia	G81-G83
	Doença renal severa ou moderada	I12-I15, N00 N03, N05, N17, N18, N19
	Diabetes com complicação	E10 - E14 (0-8)
	Tumor	C00-C76
	Leucemia	C91-C95
	Linfoma	C81-C85
3	Doença do fígado severa ou moderada	K73, K76.6. I85
6	Tumor maligno, metástase	C97
	Aids	B20-B24

Fonte: Martins e Blais (2006).

O 'modelo final', resultante das análises preliminares sobre a relevância das variáveis incluídas no modelo inicial, produziu um 'modelo de risco de óbito', cujas variáveis preditoras foram diagnóstico principal, idade, ICC, presença de comorbidade, hipertensão arterial sem e com complicação. Sexo e presença de diabetes (com e sem complicação) foram excluídos do modelo final em função da significância estatística ($p > 0,05$). Exceção desta regra foi feita para uma categoria criada para as variáveis: idade e ICC. Vale destacar que no modelo final a variável referente aos casos de diabetes não foi estatisticamente significativa, contudo essa condição clínica compõe o ICC. A adequação do modelo de previsão de óbito foi principalmente julgada com base na capacidade discriminativa do modelo. Um modelo que distingue bem indivíduos que têm resultados ruins daqueles que têm bons resultados possui uma excelente discriminação. A mais usual medida de discriminação é a estatística C, que varia entre 0 e 1; maiores valores indicam melhor discriminação, mas não há um padrão que classifica modelos adequados de inadequados (Iezzoni, 2003). O teste de Hosmer e Lemeshow[4] foi utilizado para avaliar a calibração do modelo.

No caso do tempo de permanência, o modelo inicial foi semelhante ao utilizado para a predição dos óbitos. As diferenças são: os diagnósticos principais foram reunidos em grandes grupos (doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovascular, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial); a idade foi tratada como variável contínua. O modelo final de predição do tempo de permanência é composto por: diagnóstico principal, idade, sexo, presença de comorbidade, ICC, hipertensão arterial, diabetes sem e com complicação.

Âmbito da Análise dos Dados: a internação e o hospital

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. As variáveis foram trabalhadas, primeiramente, no nível da internação, e posteriormente no nível do hospital. No nível de cada internação, a regressão múltipla foi utilizada para predizer a probabilidade de morte e de dias de permanência de cada paciente. Para a mortalidade hospitalar, os valores preditos no modelo logístico foram somados a fim de obter o número de mortes em cada hospital; em sequência calculou-se a razão entre óbitos observados e óbitos esperados (preditos). Para o tempo de permanência, obteve-se a média dos dias preditos pelo modelo de regressão linear e calculou-se a diferença entre o somatório de dias de permanência observados e os dias de permanência esperados (preditos).

No nível do hospital, foram analisadas ainda as seguintes características: identificação no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) e município de localização do hospital, volume de casos, taxa de mortalidade hospitalar bruta e esperada, tempo médio de permanência, idade média dos pacientes, soma do escore do ICC do hospital,

---

[4] Medida de calibração do modelo mais utilizada, o teste de Hosmer e Lesmeshow *Chi Square* compara resultados observados e preditos entre vários estratos, definidos por níveis de risco crescentes; resultados não significativos deste teste demonstram que o modelo não apresenta problema sistemático no ajuste (Iezzoni 2003).

percentual de casos com comorbidade, de casos cirúrgicos, de casos que utilizaram a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de casos transferidos e tipo de hospital (federal, estadual, municipal, privado contratado, filantrópico e universitário). Hospitais onde não ocorreram óbitos ou com volume de internação pelos diagnósticos selecionados inferior a cinquenta casos nos dois anos estudados foram excluídos da análise comparativa da razão entre a mortalidade observada e predita. Igualmente foram excluídos da análise do tempo de permanência.

Os critérios para classificação dos hospitais quanto ao desempenho foram os adotados por Noronha e colaboradores (2004). Assim os hospitais foram classificados como desviantes segundo a distribuição da razão de mortalidade e diferença dos dias de permanência em percentil. Os pontos de corte foram o percentil 20 e o percentil 80. No 'percentil 20' estão as unidades cuja taxa de mortalidade bruta (observada) foi menor do que a taxa de mortalidade esperada, portanto apresentaram desempenho melhor do que o estimado. No 'percentil 80' estão as unidades cuja mortalidade observada foi superior à estimada, portanto, apresentam desempenho aquém do esperado. No intervalo entre o 'percentil 30 e 70' estão as unidades cujo desempenho foi considerado compatível com o esperado. O mesmo raciocínio foi utilizado para o tempo de permanência. Para a razão de mortalidade, o percentil 20 equivaleu a 0,5012 e o percentil 80 equivaleu a 1,3182. Para o tempo de permanência, o percentil 20 equivaleu a -527,74 dias e o percentil 80 equivaleu a 698,43 dias. Todas as análises estatísticas foram processadas no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Desempenho dos Hospitais do SUS no Estado do Rio de Janeiro

Internações por Doenças Circulatórias no Período entre 2003 e 2004

No período de estudo, ocorreram 191.282 internações financiadas pelo SUS em 266 hospitais. O volume total de recursos financeiros despendidos com essas internações foi R$ 162.699.800,84. O valor médio das internações foi R$ 850,60 (DP = R$ 1.758,00). Os hospitais privados contratados foram responsáveis por 32,7% das internações; os hospitais filantrópicos, 27,3 %; e hospitais municipais, 25,2% (Tabela 1).

A idade média foi 60,5 anos e houve predomínio de homens (59,5%). Somente 10% das internações registraram o diagnóstico secundário, os hospitais estaduais apresentaram o maior percentual de registro (26,4%). O ICC, que também mensura a gravidade do caso, apresentou escore maior que 0 em somente 3,4% das internações.

A taxa de mortalidade hospitalar foi 9,7%, e o tempo médio de permanência, 7,8 dias (DP = 15,0 dias), com variação entre 0 e 1.105 dias. Em 10,4% das internações ocorreu algum procedimento cirúrgico e uso de leito de UTI.

Tabela 1 – Características das internações por doenças do aparelho circulatório. Rio de Janeiro – 2003-2004

Características	Internações 2003-2004
Volume de internações e hospitais	
Número de casos	191.282
Número de hospitais	266
Demográficas	
Idade média (anos)	60,5 (DP 15,8)
Moda	73
Homem (%)	59,5
Comorbidade	
Registro de um diagnóstico secundário (%)	10,4
Índice de comorbidade de Charlson > 0 (%)	3,4
Tipo de hospital	
Filantrópico (%)	8,2
Privado contratado (%)	6,3
Municipal (%)	13,2
Estadual (%)	26,4
Federal (%)	4,7
Universitário (%)	4,8
Uso de UTI (%)	10,4
Internações em clínica cirúrgica (%)	10,4
Tempo de permanência	
Média (dias)	7,8 (DP 15,0)
Mediana (dias)	4,0
Variação (dias)	0-1105
Resultado do cuidado	
Alta (%)	85,3
Transferência (%)	3,5
Óbito (%)	9,7
Tipo de hospital	
Volume de internações	
Filantrópico (%)	27,3
Privado contratado (%)	32,7
Municipal (%)	25,2
Estadual (%)	9,4
Federal (%)	3,3
Universitário (%)	2,1

Tabela 1 – Características das internações por doenças do aparelho circulatório. Rio de Janeiro – 2003-2004 (Cont.)

Características	Internações 2003-2004
Taxa de mortalidade	
Filantrópico (%)	7,7
Privado contratado (%)	4,5
Municipal (%)	16,0
Estadual (%)	17,2
Federal (%)	8,6
Universitário (%)	8,1
Valor total (R$)	
Média (DP)	850,60 (1758,00)
Moda e mediana	429,50
Variação	0-57.344,52

Fonte: SIH-SUS.

Características das Internações por Diagnósticos Selecionados

Motivos de admissão específicos (diagnóstico principal) foram selecionados dando origem a grupos de pacientes mais homogêneos com relação à patologia principal no intuito de aumentar a validade da comparação entre hospitais. Internações devido à insuficiência cardíaca congestiva (IC), hipertensão arterial (HA), doenças isquêmicas do coração (DIC) e doença cerebrovascular (AVC) contabilizaram 122.529 casos (Tabela 2).

Em termos de volume, a insuficiência cardíaca congestiva foi a principal causa de internação, seguida pelas doenças cerebrovasculares (Tabela 2). No que se refere às doenças isquêmicas do coração, o infarto agudo do miocárdio (I21) foi o principal motivo de internação. No caso das doenças cerebrovasculares, a categoria que não especifica o tipo, se isquêmico ou hemorrágico (I64), equivaleu a 67% das internações devido a essa patologia (Tabela 2). A taxa de mortalidade hospitalar variou entre 2,4% (hipertensão arterial) e 45,8% (I61 – hemorragia intracerebral); as doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração apresentaram as maiores taxas de mortalidade.

Tabela 2 – Volume de internações e taxa de mortalidade bruta por diagnóstico principal selecionados. Rio de Janeiro – 2003-2004

Categorias diagnósticas (códigos da CID-10)	Número de casos	Número de óbitos	% Óbitos
Hipertensão arterial			
• I10	17.237	409	2,4
Doença isquêmica do coração	16.294	1.727	10,6
• I21	9.504	1.488	15,7
• I22	321	40	12,5
• I23	28	4	14,3
• I24	3.963	119	3,0
• I25	2.478	76	3,1
Insuficiência cardíaca congestiva			
• I50	58.510	5.050	8,6
Doença cerebrovascular	30.488	7.807	25.6
• I60	3.208	878	27,4
• I61	2.689	1.231	45,8
• I62	1.236	320	25,9
• I63	2.014	514	25,5
• I64	20.429	4.778	23,4
• I65	194	8	4,1
• I66	54	14	25,9
• I67	664	64	9,6
Total	122.529	14.993	12,2

Fonte: SIH-SUS.

As 122.529 internações foram realizadas em 248 hospitais (Tabela 3), e o SUS gastou com estas R$ 88.128.840,44 – 54,2% do montante gasto com o conjunto das internações por doenças circulatórias de adultos no período estudado.

A idade média foi 63,3 anos e houve ligeiro predomínio de homens (52%). Somente 12% das internações registraram o diagnóstico secundário, os hospitais estaduais apresentaram o maior percentual (27,9%) (Tabela 3). O ICC apresentou escore diferente de zero em 4,4% dos casos. Com relação ao conjunto de internações por doenças cardiovasculares (Tabela 1), as internações pelos motivos selecionados apresentam uma maior gravidade, comparando-se a idade média e o ICC.

A taxa de mortalidade hospitalar (12,2%) nesse grupo foi também superior ao conjunto de internações (9,7% – Tabela 2). Todavia, o tempo médio de permanência (6,5 dias) foi comparativamente menor, provavelmente em função da exclusão dos casos cuja permanência superasse trinta dias. Tal exclusão deve influir também no valor médio dessas internações, cujo volume é inferior ao do conjunto das doenças circulatórias. O valor médio também

é influenciado pelo menor percentual de uso de UTI (9,7%) e pela realização de procedimento cirúrgico (6%), observados nas internações por causas específicas. O percentual de casos transferidos aumentou 0,5% quando comparado o conjunto de internações com o daquelas decorrentes dos motivos selecionados (4% – Tabela 3).

A taxa de mortalidade entre os tipos de hospitais variou entre 4,5% (hospitais privados contratados) e 17,2% (hospitais estaduais). Com relação ao percentual de casos com registro de comorbidade (diagnóstico secundário) por tipo de hospital, esse variou entre 4,7% (hospitais federais) e 26,4% (hospitais estaduais) (Tabela 3).

Tabela 3 – Características das internações por diagnóstico principal selecionados. Rio de Janeiro – 2003-2004

Características	Internações 2003-2004
Número de casos	122.529
Número de hospitais	248
Demográficas	
Idade média (anos)	63,3 (DP 14,5)
Moda	73
< 49 anos	17,5%
50-69 anos	45,9%
> 69 anos	23,1%
Homem (%)	59,5
Comorbidade	
Registro de um diagnóstico secundário (%)	11,7
Índice de comorbidade de Charlson > 0 (%)	4,4
Tipo de hospital	
Filantrópico (%)	9,5
Privado contratado (%)	7,9
Municipal (%)	13,9
Estadual (%)	27,9
Federal (%)	5,6
Universitário (%)	6,1
Uso de UTI (%)	9,7
Internações em clínica cirúrgica (%)	6,0
Tempo de permanência	
Média (dias)	6,5 (DP 5,4)
Mediana (dias)	4,0
Variação (dias)	0-30

Tabela 3 – Características das internações por diagnóstico principal selecionados. Rio de Janeiro – 2003-2004 (Cont.)

Características	Internações 2003-2004
Resultado do cuidado	
Alta (%)	83,3
Transferência (%)	4,1
Óbito (%)	12,2
Tipo de hospital	
Volume de internações	
Filantrópico (%)	25,8
Privado contratado (%)	33,8
Municipal (%)	26,8
Estadual (%)	9,6
Federal (%)	2,5
Universitário (%)	1,6
Taxa de mortalidade	
Filantrópico (%)	10,4
Privado contratado (%)	5,6
Municipal (%)	19,5
Estadual (%)	21,3
Federal (%)	11,0
Universitário (%)	11,8
Valor total (R$)	
Média (DP)	719,30 (1482,80)
Moda e mediana	429,50
Variação	0-29.314,68

Fonte: SIH-SUS.

Modelos de Ajuste de Risco para Predição da Taxa de Mortalidade Esperada e do Tempo de Permanência Esperada: análises no âmbito da internação

O modelo final de predição do risco de óbito é constituído pelo diagnóstico principal, idade, ICC, presença de comorbidade, hipertensão arterial sem e com complicação (Tabela 4). Afora o diagnóstico principal, a existência de alguma comorbidade e a idade são importantes preditores do risco de morrer, e ambas variáveis apresentaram razão de chance com grande magnitude. Entretanto, a hipertensão arterial como comorbidade específica apresenta um efeito protetor, possivelmente associado a algum tipo de acompanhamento médico regular dos portadores dessa patologia.

A adequação estatística do modelo de previsão de óbito foi principalmente julgada com base na capacidade discriminativa do modelo. Esta apresentou uma capacidade de discriminação aceitável (Aylin, Bottle & Majeed, 2007), isto é uma estatística C igual a 0,75 (Tabela 4). O teste de Hosmer e Lemeshow, que avalia a calibração do modelo, mostrou problemas no ajuste; contudo, como a proposta está circunscrita a estimar os óbitos esperados, esse valor não interfere nas etapas subsequentes. A correlação de Pearson entre os valores observados e preditos dos óbitos foi 0,31 (p = 0,000).

No caso do tempo de permanência, o modelo final de predição é composto por: diagnóstico principal, idade, sexo, presença de comorbidade, ICC, hipertensão arterial, diabetes sem e com complicação. Sexo e diabetes foram, diferentemente do modelo de predição de óbito, importantes no caso do tempo de permanência. Esse modelo apresentou uma estatística R igual a 0,26 e um R^2 igual a 0,07 (Tabela 5), portanto uma baixa capacidade explicativa quando consideramos que somente 6,8% da variância observada é atribuída ao modelo construído. A correlação de Pearson entre os valores observados e preditos do tempo de permanência foi 0,21 (p = 0,000).

Tabela 4 – Modelo logístico para predição do risco de morrer. Rio de Janeiro – 2003-2004

Variável	Coeficiente	Erro padrão	Odds ratio (IC 95%)
Constante	- 4,119	0,055	–
Idade (categoria de referência: < 50 anos)			
50-59 anos	0,009^{+}	0,034	1,01 (0,94-1,08)
60-69 anos	0,222	0,032	1,25 (1,17-1,33)
70-79 anos	0,578	0,031	1,78 (1,68-1,89)
80-89 anos	0,864	0,035	2,37 (2,22-2,54)
90-99 anos	1,171	0,054	3,22 (2,90-3,58)
Diagnóstico principal (categoria de referência: hipertensão arterial – I10)			
Doença isquêmica do coração			
I21	2,111	0,058	8,25 (7,37-9,24)
I22	1,872	0,178	6,50 (4,59-9,22)
I23	2,057	0,547	7,82 (2,68-22,83)
I24	0,258	0,106	1,30 (1,05-1,59)
I25	0,414	0,127	1,51 (1,18-1,94)
Insuficiência cardíaca congestiva	1,283	0,052	3,61 (3,25-4,00)
Doenças cerebrovasculares			
I60	2,805	0,064	16,53 (14,57-18,76)
I61	3,666	0,064	39,08 (34,42-44,30)
I62	2,686	0,083	14,67 (12,47-17,26)
I63	2,558	0,073	12,91 (11,20-14,89)

Tabela 4 – Modelo logístico para predição do risco de morrer. Rio de Janeiro – 2003-2004 Continuação

Variável	Coeficiente	Erro padrão	Odds ratio (IC 95%)
I64	2,479	0,053	11,93 (10,75-13,25)
I65	0,547+	0,365	1,73 (0,84-3,54)
I66	2,562	0,320	12,97 (6,93-24,26)
I67	1,595	0,142	4,93 (3,73-6,51)
Índice de comorbidade (categoria de referência: índice = 0)			
Índice = 1	-0,508	0,068	0,62 (0,53-0,69)
Índice = 2	-0,382	0,068	0,68 (0,60-0,78)
Índice = 6	0,517+	0,712	1,68 (0,42-6,76)
Presença de comorbidade (categoria de referência: sem comorbidade)	0,969	0,037	2,64 (2,45-2,83)
Hipertensão arterial (categoria de referência: ausência)	-1,166	0,062	0,31 (0,28-0,35)
Hipertensão arterial com complicação (categoria de referência: ausência)	-0,652	0,256	0,52 (0,32-0,86)
Propriedades do modelo			
Estatística C (IC 95%)		0,749 (0,745-0,753)	
Teste de Hosmer Lemeshow		131,858 (p = 0,000)	
X^2 Modelo		10791,49 (p = 0,000)	
-2 loglikelihood do modelo		80273,67	

+ NS = estatisticamente não significantes (p > 0,10).
Fonte: SIH-SUS.

Tabela 5 – Modelo linear para predição do tempo de permanência. Rio de Janeiro – 2003-2004

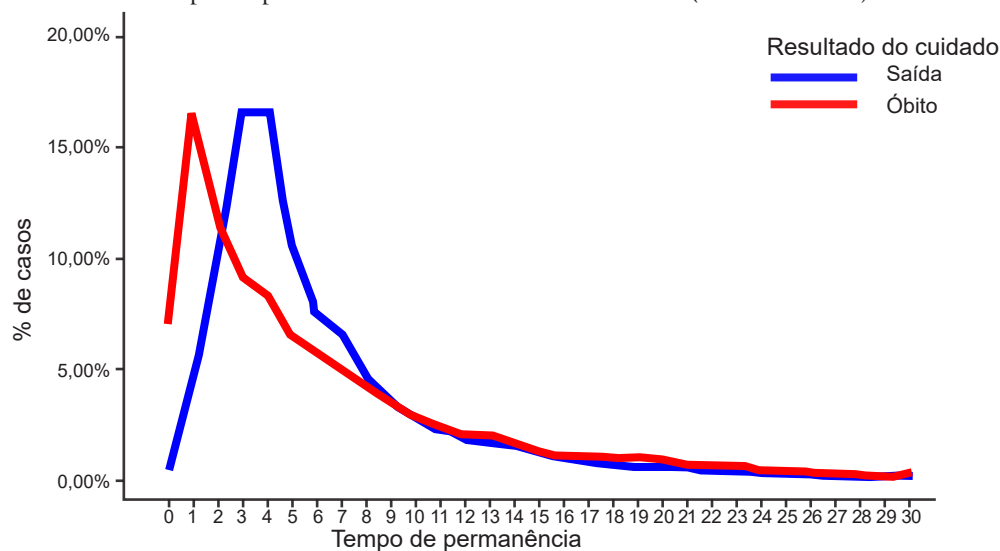
Variável	Coeficiente	Erro padrão
Constante	3,900	0,079
Sexo: feminino	-0,055	0,015
Idade (variável continua)	0,003	0,001
Diagnóstico principal (categoria de referência: hipertensão arterial)		
Insuficiência cardíaca congestiva	1,936	0,046
Doença isquêmica do coração	2,824	0,058
Doenças cerebrovasculares	3,733	0,051
Índice de comorbidade (categoria de referência: índice = 0)		
Índice = 1	-1,033	0,120
Índice = 2	0,254+	0,177

Tabela 5 – Modelo linear para predição do tempo de permanência. Rio de Janeiro – 2003-2004 (Cont.)

Variável	Coeficiente	Erro padrão
Índice = 6	3,551	1,585
Hipertensão arterial (categoria de referência: ausência)		
Hipertensão arterial	-0,985	0,113
Diabetes (categoria de referência: ausência)		
Diabetes	- 0,754+	0,365
Diabetes com complicação (categoria de referência: ausência)		
Diabetes com complicação	-0,988	0,224
Propriedades do modelo		
R modelo	0,26	
R^2 modelo	0,068	
R^2 ajustado	0,068	
-2 loglikelihood do modelo com covariáveis	245150,70	
-2 loglikelihood do modelo sem covariáveis	3621712,00	
% deviance entre modelos	6,77%	

+ NS = estatisticamente não significantes (p > 0,10).
Fonte: SIH-SUS.

A distribuição do resultado do cuidado com relação ao tempo de permanência (Gráfico 1) mostra um pico na ocorrência de óbitos em torno do primeiro dia de internação, ao passo que os outros tipos de resultados (alta, transferência e permanência) apresentam um pico em torno do terceiro e quarto dia de internação.

Gráfico 1 – Tempo de permanência e resultado do cuidado (óbito ou saída)*

* Saída: equivale à soma das internações cujo resultado foram altas, permanências e transferências no período de estudo.
Fonte: SIH-SUS.

Comparação do Desempenho dos Hospitais do SUS

Nos anos de estudo, 248 hospitais internaram pacientes em decorrência dos diagnósticos selecionados, dos quais 32,7% eram unidades municipais (81), 30,6% filantrópicas (76), 21,0% privadas contratadas (52), 7,3% estaduais (18), 5,2% hospitais universitários (13) e 3,2% federais (8). Preponderantemente esses hospitais estão localizados nos municípios do Rio de Janeiro (22,6% – 56 unidades), São Gonçalo (6,0% – 15 unidades), Campos de Goytacazes (3,6% – 9 unidades), Niterói (2,8% – 7 unidades), Petrópolis e Volta Redonda cada um com 2,4% unidades (6 hospitais). Dos 248 hospitais somente 135 (54,4%) atenderam mais que duzentos casos nos dois anos analisados.

Em 28 dos 248 hospitais não ocorreram casos com óbito. Esses 28 hospitais apresentaram volume médio de internações de 23 casos (variação entre 1-2301 casos, moda igual a 0), tempo médio de permanência de 7,26 dias (variação entre 1-27 dias), e os casos transferidos foram 28,6% (variação entre 0-19,4% dos casos). Hospitais privados contratados (28,6%) e municipais (28,6%) foram os mais frequentes entre os 28 hospitais onde não ocorreram óbito. Esses hospitais localizam-se preponderantemente nos municípios do Rio de Janeiro (12 unidades - 42,9%), São Gonçalo (5 unidades -17,9%) e Volta Redonda (3 unidades - 10,7%).

A exclusão de hospitais que não registraram casos de óbito e com volume inferior a cinquenta casos circunscreveu o universo a 198 hospitais. O volume de internações variou entre 50 e 5.280; a mortalidade hospitalar bruta variou entre 0,6% e 44%; a razão entre a mortalidade observada e esperada variou entre 0,08 e 2,47. Casos transferidos equivaleram a 5% das internações. O percentual de casos com registro de comorbidade foi 10,6; o ICC médio dos hospitais foi 0,05; em 5,5% das internações ocorreu uma cirurgia e em 10% utilizou-se a UTI.

Os hospitais foram classificados com relação à razão entre a mortalidade observada e esperada. No conjunto, a mortalidade bruta (não ajustada) variou entre 0,6% e 44,0% e a mortalidade esperada (ajustada) variou entre 2,9% e 30,0% (Tabela 6). Os 39 hospitais com melhor desempenho que o esperado (percentil 20) contabilizaram 25.169 internações e 701 óbitos; a taxa de mortalidade bruta foi 3,4% e a esperada 10,5%. O tempo médio de permanência nesses hospitais foi 5,2 dias (variação entre 2,9 e 10,7 dias), e o percentual de casos transferidos foi 3,3 (variando entre 0 e 15,7%). Quanto ao perfil de casos, o ICC médio foi 0,07 (variando entre 0 e 0,7), e o percentual de casos com registro de comorbidade, 12,7 (variando entre 0 e 84%). Dos 39 hospitais, 22 eram unidade privadas contratadas e filantrópicas, e somente três estão localizadas no município do Rio de Janeiro (ver Anexo 1).

Os 39 hospitais com desempenho aquém do esperado (percentil 80) realizaram 26.668 internações, onde ocorreram 6.594 óbitos. A taxa de mortalidade bruta foi 22,5% e a esperada, 13,5% (Tabela 6). O tempo médio de permanência nesses hospitais foi 7,6 dias (variação entre 2,3 e 12,6 dias), e o percentual de casos transferidos, 8,7 (variando entre 0,97 e 49,1%). Quanto ao perfil de casos, o ICC médio desses hospitais foi 0,04 (variando entre 0 e 0,3), e o percentual de casos com registro de comorbidade, 8,3 (variando entre

0 e 51,2%). Desses 39 hospitais, 29 eram unidades municipais ou estaduais, e 11 estão localizadas no município do Rio de Janeiro (ver Anexo 2). Comparativamente aos hospitais classificados no percentil 20, estes apresentaram um percentual de casos transferidos muito superior (8,7% *versus* 3,3%), o que pode implicar subestimativa da mortalidade pela transferência de casos com pior prognóstico.

Hospitais classificados entre os percentis 20 e 80, cujo desempenho é considerado compatível com o esperado, realizaram 69.493 internações das quais 7.626 resultaram em óbito (Tabela 6). A taxa de mortalidade bruta foi 10,7%, e a esperada, 12,4%; a razão entre a mortalidade observada e predita foi 0,88 com variação entre 0,50 e 1,32. O tempo médio de permanência foi 6,8 dias (variação entre 3,1 e 14,7 dias); o percentual de casos transferidos foi 4,3 (variação entre 0 e 44,2%). O ICC médio do hospital foi 0,05 (variação entre 0 e 0,6), e o percentual de casos com registro de comorbidade, 10,6 (variação entre 0 e 100%).

Tabela 6 – Classificação dos hospitais segundo a mortalidade hospitalar. Rio de Janeiro – 2003-2004

Percentil	N. Hospitais	Volume total Volume médio (variação)	N. Óbitos (variação)	Mortalidade bruta (%) (variação)	Mortalidade esperada (%) (variação)	Razão de mortalidade (O/E)* (variação)
20**	39	25.169	701	3,4	10,5	0,31
		645,36	(1-165)	(0,6-9,4)	(4,3-27,4)	(0,08-0,50)
		(50-5280)				
30-70***	120	69493	7.626	10,7	12,4	0,88
		441,0	(2-458)	(2,1-21,3)	(2,9-30,0)	(0,50-1,32)
		(61-31680)				
80****	39	26668	6.594	22,5	13,5	1,66
		683,79	(10-829)	(8,3-44,0)	(5,8-28,4)	(1,32-2,47)
		(52-2355)				
Total	198	121.267	14.921	11,6	12,2	0,91
		612,5	(1-829)	(0,6-44,0%)	(2,9-30,0%)	(0,08-2,47)
		(50-5280)				

*Razão entre as colunas 5 e 6; ** desempenho melhor do que o esperado; ***desempenho foi considerado compatível com o esperado; **** desempenho aquém do esperado.
Fonte: SIH-SUS.

A análise do tempo de permanência se detém sobre os mesmos 198 hospitais reportados anteriormente – que excluíram os que não tinham óbito. O volume total de recursos financeiros despendidos com as internações variou entre R$ 10.700,70 e R$ 8.993.266,31. O tempo médio de permanência foi 6,7 dias e variou entre 2,3 e 14,7 dias. O tempo de permanência predito foi 6,4 dias, com variação entre 4,3 e 8,9 dias (Tabela 7).

Semelhante à mortalidade hospitalar, para essa análise os hospitais também foram classificados com relação à diferença entre a soma dos dias de permanência observados e estimados. O 'tempo médio' de permanência variou entre 2,3 e 14,7 dias, e o 'tempo de

permanência esperado' variou entre 4,3 e 8, 9 dias. Os 39 hospitais com melhor desempenho (percentil 20) em termos de eficiência técnica contabilizam 52.399 internações. O tempo médio de permanência observado nesses hospitais foi 4,6 dias (variação entre 2,3 e 7,2 dias) e o tempo de permanência estimado foi 6,4 dias (variação entre 5,4 e 8,2 dias). O percentual de casos transferidos foi 5,5 (variando entre 0 e 49,1%). Quanto ao perfil de casos, o ICC médio desses hospitais foi 0,06 (variando entre 0 e 0,5), e o percentual de casos com registro de comorbidade, 11,7 (variando entre 0% e 84,3%). Cirurgias foram realizadas em 5,7% dos casos e uso de UTI em 13,4%. Dos 39 hospitais, 26 (84,6%) eram unidades privadas contratadas e filantrópicas; nenhuma unidade está localizada no município do Rio de Janeiro e três estão localizadas em São João do Meriti.

Os 39 hospitais com desempenho aquém do esperado (percentil 80) contabilizam 33.643 internações (Tabela 7). O tempo médio de permanência observado nesses hospitais foi 9,9 dias (variação entre 6,9 e 14,7 dias) e o tempo de permanência estimado foi 6,8 dias (variação entre 5,4 e 8,9 dias). O percentual de casos transferidos foi 3,5 (variando entre 0 e 16,8%). Quanto ao perfil de casos, o ICC médio foi 0,07 (variando entre 0 e 0,6), e o percentual de casos com registro de comorbidade, 16,0 (variando entre 0 e 95,7%). Cirurgias foram realizadas em 9,4% dos casos e o uso de UTI em 14,0%. Dos 39 hospitais, 15 são unidades municipais (38,5%) e 10 são filantrópicas (25,6%); 21 estão localizados no município do Rio de Janeiro e duas unidades em cada um dos seguintes municípios: Itaperuna, Petrópolis e Vassouras.

Os 120 hospitais classificados entre o percentil 20 e 80 realizaram 33.643 internações. O tempo médio de permanência observado e estimado nesses hospitais foi 6,3 dias (Tabela 7). O percentual de casos transferidos foi 5,3 (variando entre 0 e 22,6%). Quanto ao perfil de casos, o ICC médio foi 0,05 (variando entre 0 e 0,66), e o percentual de casos com registro de comorbidade, 8,4 (variando entre 0 e 100%). Cirurgias foram realizadas em 4,2% dos casos e uso de UTI em 7,7%.

Comparativamente aos hospitais do percentil 20, os classificados no percentil 80 – isto é com desempenho aquém do esperado em termos de eficiência técnica – transferiram menos casos (3,5% *versus* 5,5%), apresentaram maior percentual de casos com comorbidade (16,0% *versus* 11,7%), maior ICC médio (0,08 *versus* 0,06) e realizaram mais cirurgias (9,4% *versus* 5,7%). O uso de UTI foi semelhante (14% *versus* 13,4%).

Painel de Indicadores de Desempenho da Rede Hospitalar de cada Município do Estado do Rio de Janeiro

Com intuito exploratório quanto à utilidade desse tipo de análise, as informações referentes ao desempenho dos hospitais do SUS, mensurado em termos da mortalidade hospitalar (efetividade) e tempo de permanência (eficiência técnica), foram agregadas no âmbito de cada município. Os indicadores apresentados no Anexo 3 permitem ao gestor municipal e estadual comparar o desempenho de sua rede hospitalar com o de municípios vizinhos ou com municípios de referência, como Niterói e Rio de Janeiro. No Anexo 3 os municípios estão ordenados em função da razão entre as mortalidades, cujo corte

para identificar o percentil 20 é 0,4013 e para o percentil 80 é 1,1621; mas ele permite a ordenação por qualquer outro indicador apresentado. Além das informações sobre os dois indicadores de desempenho (taxa bruta e ajustada da mortalidade hospitalar e tempo de permanência) estão também dispostas informações referentes aos valores recebidos, o uso de UTI e informações sobre perfil de gravidade dos casos (ICC e registro de comorbidade). Vale ressaltar que os indicadores referem-se a três patologias específicas (doença cerebrovascular, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva) e uma maior precisão é obtida quando tais indicadores são construídos para uma única patologia, garantindo maior validade nas comparações.

No âmbito do estado do Rio, 66 municípios realizaram internações decorrentes dos motivos selecionados. O volume variou entre 62 e 24.632 casos. A taxa de mortalidade bruta foi 10,1% (variação de 1,6% e 36,8%), a taxa de mortalidade esperada (ajustada) foi 11,7% (variação de 6,1% e 27,4%); em média a razão entre as mortalidades foi 0,86 com variação entre 0,19 e 1,90. Quanto ao perfil dos casos, o registro de comorbidade variou entre 0 e 57,4%, e o ICC médio, entre 0 e 44,13.

O valor total de reembolso entre municípios variou entre R$ 22.240,15 e R$ 401.940,74, e a realização de cirurgias, entre 0 e 38,5%. O tempo médio de permanência observado variou entre 3,6 e 10,4 dias, e o tempo de permanência esperado, entre 5,2 e 7,6 dias.

Com referência às internações analisadas, no município do Rio de Janeiro somente 10,9% utilizaram UTI, ao passo que nos municípios de Cabo Frio, Itaperuna e Macaé esse percentual é superior a 40,0%. Os dois menores valores de reembolso pelo SUS aos municípios – inferior a 26 mil reais – ocorreram em Sumidouro, Queimados e Paraty, ao passo que o município com maior valor de reembolso foi Itaperuna – superior a 400 mil reais; o Rio de Janeiro recebeu um valor em torno a 80 mil reais. Vale dizer que Itaperuna apresentou o maior percentual de casos cirúrgicos (38,5%).

Os municípios de Quissamã, São João de Meriti e São Francisco de Itabapoana registraram presença de comorbidade em mais de 50,0% das internações. Desses três municípios, os dois últimos apresentaram os maiores valores médios do ICC, valor maior que 44,0. Trinta e cinco municípios não registraram comorbidade e em sete esse registro é inferior a 1%.

Problemas da qualidade da informação, características do perfil dos casos atendidos e da estrutura da rede hospitalar são elementos que concorrem na explicação do padrão descritos no painel de indicadores apresentados no Anexo 3.

Tabela 7 – Classificação dos hospitais segundo o tempo de permanência. Rio de Janeiro – 2003-2004

Percentil	N. Hospitais	Volume total Volume médio (variação)	Tempo médio permanência (variação)	Tempo médio permanência esperado (variação)	Somatório dos dias de permanência (variação)	Somatório dos dias de permanência esperado (variação)	Diferença entre os dias de permanência observado e o esperado*
20**	39	52.399	4,6	6,4	299.411,00	332.818,84	-83.407,84
		1343,56	(2,3-7,2)	(5,4-8,2)	(604-22.978,50)	(15.69,87-31.571,23)	(-14.121,23- -527,85)
		(246-5280)					
30-70***	120	35.225	6,3	6,3	226.382,50	225.798,54	583,96
		293,54	(3,2-12,9)	(4,3-8,1)	(165-9.791,50)	(288,70-99.87,17)	(-5.27,71-697,63)
		(50-1273)					
80****	39	33.643	9,9	6,8	312.397,50	229.711,62	82.685,88
		862,64	(6,9-14,7)	(5,4-8,9)	(1.941,00-23.385,00)	(1.100,34-16.469,81)	(701,64-7.726,73)
		(169-2537)					
Total	198	121.267	6,7	6,4	788.329,00	788.354,91	-138,00
		612,46	(2,3-14,7)	(4,3-8,9)	(288,70-31.571,23)	(288,78-31572,60)	(-14.121,23-77.26,73)
		(50-5280)					

* Diferença entre as colunas 6 e 7; ** desempenho em termos de eficiência técnica melhor do que o estimado; *** desempenho aquém do esperado; **** desempenho compatível com o esperado.
Fonte: SIH-SUS.

Considerações Finais

Poucos trabalhos analisaram comparativamente indicadores de desempenho hospitalar no Brasil (Noronha *et al.*, 2004; Martins, Blais & Leite, 2004). Em geral, os estudos internacionais compararam hospitais universitários e não universitários ou hospitais privados com fins lucrativos e sem fins lucrativos; entretanto, é difícil estabelecer comparações com os resultados aqui apresentados (Alison, 2002; Yuan *et al.*, 2000; Khuri *et al.*, 2001; Devereaux *et al.*, 2002). Também as agências reguladoras ou governamentais têm divulgado amplamente os resultados de avaliações de desempenho de serviços e prestadores, seja através de relatórios ou da Internet (CIHI, 2007).

O desempenho clínico dos hospitais estudados, mensurado pela mortalidade hospitalar como medida da efetividade do cuidado, é bastante variado. A taxa de mortalidade bruta foi 11,6 %, com variação entre 0,6 e 44%, e a taxa ajustada pela gravidade dos casos foi 12,2% variando entre 2,9 e 30%. Essa variação é mais acentuada no grupo cujo desempenho é compatível com o esperado (percentil 30-70), indicando sua heterogeneidade. Muitos hospitais públicos foram classificados como apresentando um desempenho aquém do esperado (percentil 80). Para a compreensão dos resultados encontrados, *a priori* duas hipóteses devem ser consideradas: uma relacionada à política de transferência adotada pela rede hospitalar do SUS e outra relacionada ao tempo de internação – ambas afetam o local de ocorrência do óbito. Com relação à segunda hipótese aventada, os hospitais com melhor desempenho (percentil 20) apresentaram tempo médio de permanência de 5,2 dias e 3,3% de casos transferidos. Em contrapartida, hospitais com desempenho aquém do esperado (percentil 80) apresentaram tempo médio de permanência de 7,6 dias e 8,7% de casos transferidos.

Com relação ao tempo de permanência, medida da eficiência técnica, a variação entre os estratos de classificação dos hospitais foi comparativamente mais reduzida (variação no tempo médio de permanência observado entre 2,3 e 14,7 dias e no tempo médio esperado entre 4,3 e 8,9 dias). Para explicar essa menor variabilidade do tempo de permanência entre os hospitais, pode-se supor que a modalidade de pagamento vigente e alguma estratégia organizacional exercem um papel importante sobre as variações observadas.

Os resultados obtidos para os hospitais do estado do Rio de Janeiro podem estar relacionados às características da estrutura (equipamentos, recursos humanos ou unidade de cuidado intensivo), do corpo clínico (especialidade e habilidade de médicos e enfermeiros), dos pacientes (preferências ou perfil do caso) ou à qualidade do processo de cuidado. A importância de cada um desses fatores e sua inter-relação constituem questões sem respostas, nesse momento, mas que deveriam ser objeto de pesquisas futuras e, sobretudo de discussão nos níveis estadual, regional e municipal de gestão do SUS.

Um aspecto relevante para o uso desses dois indicadores tradicionais do desempenho hospitalar diz respeito à relação entre tempo de permanência e mortalidade. Esta relação é complexa, tendo em vista que é difícil precisar a importância de cada um dos determinantes do tempo de permanência (disponibilidade de leitos para cuidados prolongados, políticas

organizacionais, gravidade do caso, processo de cuidado, modalidade de pagamento ou eficiência técnica) e, por consequência, o efeito do conjunto desses determinantes sobre a mortalidade intra-hospitalar. A primeira tentativa de examinar esta questão foi feita por Roemer, Moustafa e Hopkins (1968), que ajustaram a mortalidade pelo tempo de permanência, tomando esta como indicativa da gravidade dos casos. Contudo, trabalhos seguintes superaram essa abordagem ao introduzirem variáveis mais associadas ao risco clínico dos pacientes. Estudos mais recentes sugerem que diferenças na mortalidade hospitalar são resultantes também de diferenças na permanência dos pacientes (Jencks, Williams & Kay, 1988; Kahn *et al.*, 1988; Kaboli *et al.*, 2001). No presente estudo a associação entre esses dois indicadores não foi examinada.

A hipótese mais importante na explicação dos resultados obtidos seria a da existência de problemas na qualidade do modelo de predição construído para mensurar a gravidade dos casos. A comparação entre prestadores é uma tarefa complexa quando existem diferenças no perfil de gravidade. O ajuste pelo perfil dos casos deve incluir todas as variações que escapam ao controle dos hospitais, sem se ajustar por aquelas que estão sob controle de hospitais ou profissionais de saúde (Iezzoni, 2003). No presente estudo, é importante reconhecer importantes limitações devido à insuficiência e subnotificação nas informações do SIH-SUS utilizadas para mensurar a gravidade. Estas podem ter gerado imprecisões no ajuste pelo perfil de casos, o que impacta o cálculo dos valores preditos e consequentemente a variabilidade entre hospitais.

Os limites deste estudo devem-se ao objeto, à suficiência e à qualidade das variáveis concernentes aos pacientes. Com relação ao objeto, a análise de indicadores de resultado do desempenho clínico consiste em uma abordagem indireta da qualidade, e o processo de cuidado ao pacientes não foi avaliado. O desempenho é um conceito multidimensional e paradoxal (Sicotte *et al.*, 1998). Dessa forma, quanto mais pluralista a abordagem e mais diversificado o leque de indicadores, mais robusta será a avaliação do desempenho. Nesse sentido, este estudo deteve-se na análise de duas dimensões e no emprego de somente dois indicadores.

O desenho deste estudo não permite a generalização das evidências encontradas. A análise se limitou a problemas de saúde específicos; os indicadores utilizados podem, portanto, apresentar variações e fatores explicativos diferentes do que os aqui observados quando se seleciona outros diagnósticos principais ou pacientes menores de 18 anos. Os resultados obtidos são limitados pelas informações disponíveis na base de dados. A utilização de informações provenientes de dados secundários coloca restrição quanto ao tipo de variável existente; assim, é necessário reconhecer que há falhas no ajuste dos fatores de risco dos pacientes, entretanto essas informações são rapidamente acessíveis aos gestores de unidade e do sistema. Além disso, não foi possível analisar o papel de outros tipos de serviços de saúde. Por exemplo, seria importante examinar o efeito da disponibilidade de leitos de cuidado prolongado sobre a variação tanto da mortalidade quanto do tempo de permanência.

Consequentemente outras abordagens devem ser desenvolvidas, a fim de melhor explorar a questão da variação do desempenho dos hospitais, o que exigirá informações

mais detalhadas sobre outros aspectos da estrutura e do processo de cuidado prestado aos pacientes. Aprofundar a avaliação da existência de variabilidade entre hospitais públicos e privados e com a mesma natureza jurídica se faz também necessário: provavelmente existe grande heterogeneidade no interior de cada grupo, privado e público.

Em termos de instrumentos gerenciais, as análises apresentadas agregadas por município têm o potencial de descrever o desempenho entre regiões de saúde, mas sobretudo devem auxiliar a tomada de decisão com vistas à correção de problemas na qualidade do cuidado hospitalar prestado, que, no caso deste estudo, eram referentes a patologias com grande prevalência na população fluminense. A construção de indicadores de desempenho ajustados, apresentados periodicamente com distintos graus de agregação (internação, município e região de saúde), permitiria a comparação entre prestadores ou áreas geográficas e ao longo de tempo. Apesar da possibilidade de identificar cada hospital, optou-se neste estudo por deixá-los anônimos, haja vista o caminho ainda a ser percorrido para que o uso deste tipo de abordagem seja cotidiano na nossa realidade.

Apesar dos limites inerentes, sobretudo aqueles relacionados à falta de informações detalhadas a respeito das internações e dos prestadores, os resultados permitem conhecer alguns aspectos do desempenho clínico dos hospitais fluminenses (a mortalidade e o tempo de permanência). Nesse sentido, este estudo traz novos elementos ao debate sobre o desempenho hospitalar. Contudo, é necessário dar continuidade a este tipo de avaliação.

A avaliação de indicadores de desempenho permite desenhar um retrato pontual e simplificado dos fatores em jogo, mais útil para a gestão de serviços e sistemas de saúde na medida em que são instrumentos de monitoramento que fornecem elementos e alternativas para se buscar a melhoria do cuidado prestado no SUS. A utilização desses indicadores de desempenho permite a identificação preliminar de situações em que o desempenho está abaixo do esperado e a adoção de medidas apropriadas para prevenir mortes e outros eventos adversos evitáveis. Os cuidados de saúde podem ser melhorados se avaliações forem utilizadas como informação pedagógica e instrumentos de modificação da prática. É necessário também desenvolver estratégias que viabilizem o uso dos resultados das avaliações para melhorar a efetividade dos serviços. A avaliação do desempenho é essencial, mas não é suficiente: é preciso agir na correção dos problemas encontrados.

Anexo 1

Hospitais Classificados no Percentil 20 (desviantes baixos) segundo a Mortalidade Hospitalar

Hospital	Volume de internações	Número de óbitos	Mortalidade hospitalar bruta % (0)	Mortalidade hospitalar esperada % (E)	Razão Mortalidade O/E	Tipo de hospital	Município
1	164	1	0,61	7,92	0,08	Filantrópico	Valença
2	669	6	0,90	7,62	0,12	Contratado	Nova Friburgo
3	232	2	0,86	6,58	0,13	Filantrópico	Valença
4	1.457	12	0,82	6,10	0,14	Contratado	Nilópolis
5	5.280	71	1,34	7,86	0,17	Contratado	São Gonçalo
6	941	15	1,59	8,61	0,19	Contratado	Niterói
7	966	16	1,66	8,82	0,19	Contratado	Itaboraí
8	187	4	2,14	11,13	0,19	Filantrópico	Quatis
9	50	1	2,00	8,88	0,23	Filantrópico	Rio das Flores
10	152	2	1,32	5,71	0,23	Hosp. Universitário	Valença
11	92	3	3,26	13,81	0,24	Filantrópico	Rio Claro
12	254	6	2,36	9,87	0,24	Municipal	Santo Antônio de Pádua
13	62	1	1,61	6,46	0,25	Municipal	Sumidouro
14	294	7	2,38	9,34	0,25	Contratado	São Fidélis
15	687	28	4,08	14,30	0,28	Contratado	Bom Jesus do Itabapoana
16	178	7	3,93	13,79	0,29	Municipal	São Francisco de Itabapoana
17	222	7	3,15	10,70	0,29	Contratado	Itaboraí
18	254	9	3,54	11,74	0,30	Municipal	Rio de Janeiro
19	993	20	2,01	6,32	0,32	Contratado	Três Rios

20	286	25	8,74	27,41	0,32	Filantrópico	Porciúncula
21	448	17	3,79	11,66	0,33	Contratado	São Gonçalo
22	229	7	3,06	9,05	0,34	Filantrópico	Cambuci
23	2.810	101	3,59	10,60	0,34	Contratado	Itaboraí
24	197	3	1,52	4,33	0,35	Contratado	Campos dos Goytacazes
25	207	8	3,86	10,79	0,36	Filantrópico	Mendes
26	929	19	2,05	5,61	0,36	Contratado	Paracambi
27	260	11	4,23	11,43	0,37	Filantrópico	São Sebastião do Alto
28	744	47	6,32	17,03	0,37	Filantrópico	Campos dos Goytacazes
29	4.383	165	3,76	10,02	0,38	Contratado	São Gonçalo
30	314	19	6,05	15,35	0,39	Filantrópico	Itaocara
31	102	4	3,92	9,76	0,40	Municipal	Duas Barras
32	81	3	3,70	9,18	0,40	Contratado	Itaperuna
33	214	5	2,34	5,46	0,43	Filantrópico	Barra do Piraí
34	53	5	9,43	21,20	0,44	Federal	Rio de Janeiro
35	108	4	3,70	8,16	0,45	Municipal	Rio de Janeiro
36	129	8	6,20	13,10	0,47	Municipal	Quissamã
37	77	3	3,90	8,14	0,48	Contratado	Itaguaí
38	283	18	6,36	12,85	0,49	Contratado	Santo Antônio de Pádua
39	181	11	6,08	12,22	0,50	Filantrópico	Santo Antônio de Pádua

Fonte: SIH-SUS.

Anexo 2

Hospitais Classificados no Percentil 80 (desviantes altos) segundo a Mortalidade Hospitalar

Hospital	Volume de internações	Número de óbitos	Mortalidade hospitalar bruta% (O)	Mortalidade hospitalar esperada % (E)	Razão Mortalidade O/E	Tipo de hospital	Município
1	473	67	14,2	10,7	1,32	Filantrópico	Teresópolis
2	109	18	16,5	12,2	1,35	Filantrópico	Macaé
3	447	91	20,4	15,0	1,36	Municipal	Itaboraí
4	200	30	15,0	11,0	1,36	Hosp. Universitário	Vassouras
5	78	10	12,8	9,3	1,38	Municipal	Paraty
6	439	58	13,2	9,5	1,39	Municipal	Niterói
7	2.355	593	25,2	18,1	1,39	Municipal	Rio de Janeiro
8	2.190	533	24,3	17,5	1,39	Municipal	Rio de Janeiro
9	187	31	16,6	11,9	1,39	Contratado	Angra dos Reis
10	206	17	8,3	5,8	1,43	Contratado	Petrópolis
11	122	34	27,9	19,5	1,43	Municipal	Campos dos Goytacazes
12	310	56	18,1	12,6	1,44	Municipal	Japeri
13	1.812	324	17,9	12,4	1,44	Municipal	Rio de Janeiro
14	180	33	18,3	12,3	1,49	Municipal	Rio de Janeiro
15	1.442	300	20,8	13,8	1,50	Estadual	Rio de Janeiro
16	1.566	351	22,4	14,8	1,51	Estadual	Rio de Janeiro
17	416	183	44,0	28,4	1,55	Municipal	Campos dos Goytacazes
18	1.242	315	25,4	16,0	1,59	Estadual	Duque de Caxias
19	645	168	26,0	16,2	1,61	Municipal	Rio de Janeiro

20	103	14	13,6	8,4	1,61	Filantrópico	Trajano de Morais
21	80	11	13,8	8,4	1,63	Filantrópico	Carmo
22	269	60	22,3	13,7	1,63	Contratado	Rio de Janeiro
23	149	35	23,5	13,8	1,70	Municipal	Arraial do Cabo
24	230	57	24,8	14,6	1,70	Municipal	Itaboraí
25	232	42	18,1	10,6	1,70	Municipal	Paracambi
26	2.255	829	36,8	21,3	1,72	Municipal	Nova Iguaçu
27	1.239	288	23,2	13,3	1,74	Estadual	São Gonçalo
28	1.329	369	27,8	15,4	1,80	Estadual	Rio de Janeiro
29	890	195	21,9	12,1	1,81	Municipal	Nilópolis
30	238	58	24,4	12,9	1,90	Municipal	Belford Roxo
31	261	68	26,1	13,7	1,90	Municipal	Rio de Janeiro
32	1.163	314	27,0	14,2	1,90	Estadual	Rio de Janeiro
33	127	28	22,0	11,6	1,91	Municipal	Paracambi
34	265	50	18,9	9,3	2,02	Municipal	São João de Meriti
35	118	42	35,6	17,6	2,03	Filantrópico	Cabo Frio
36	662	128	19,3	9,4	2,06	Municipal	São Gonçalo
37	1.667	407	24,4	11,2	2,19	Municipal	Duque de Caxias
38	52	13	25,0	11,4	2,19	Contratado	Niterói
39	920	374	40,7	16,4	2,47	Municipal	São Gonçalo

Fonte: SIH-SUS.

Anexo 3

Mortalidade Hospitalar por Diagnósticos Selecionados em 76 Municípios. Rio de Janeiro – 2003-2004*

Município	Volume internação	Número óbitos	Mortalidade hospitalar bruta (%)	Mortalidade hospitalar esperada (%)	Razão mortalidade O/E	Tempo médio permanência observado (dias)	Tempo médio de permanência esperado (dias)	Comor bidade (%)	ICC** médio	Cirurgia (%)	Casos transferidos (%)F	Uso UTI (%)	Valor total (R$)
Quatis	187	4	2,1	11,1	0,19	3,9	6,1	5,3	1,1	0,0	1,1	0,0	35757,3
Rio Claro	92	3	3,3	13,8	0,24	6,9	6,3	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	43089,6
Sumidouro	62	1	1,6	6,5	0,25	4,8	5,3	9,7	9,7	0,0	0,0	0,0	22240,1
Porciúncula	286	25	8,7	27,4	0,32	6,8	7,4	33,2	6,6	0,0	2,1	0,0	43596,2
Cambuci	229	7	3,1	9,0	0,34	4,4	6,1	0,0	0,0	0,0	0,4	21,4	54036,1
São Sebastião do Alto	260	11	4,2	11,4	0,37	3,9	6,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	37628,3
São Francisco de Itabapoana	247	14	5,7	14,2	0,40	4,7	7,5	51,4	44,1	0,0	9,3	0,0	39751,1
Duas Barras	102	4	3,9	9,8	0,40	6,9b	6,2	27,5	7,8	0,0	6,9	0,0	37151,5
Mendes	295	17	5,8	12,6	0,46	4,7	6,4	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	39492,7
Quissamã	129	8	6,2	13,1	0,47	7,4	7,2	57,4	27,1	0,0	11,6	0,0	36652,7
Santo Antônio de Pádua	1059	64	6,0	12,2	0,49	4,4	6,4	5,6	1,9	0,1	3,6	39,5	60571,5
Bom Jesus do Itabapoana	1810	123	6,8	13,4	0,51	5,9	7,1	32,0	13,9	0,4	0,9	22,4	56941,1
Itaboraí	4675	272	5,8	10,9	0,54	5,0	6,4	5,5	2,6	0,0	1,8	4,2	44869,2
Natividade	314	24	7,6	14,1	0,54	8,2	6,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	42822,0
Itaocara	607	42	6,9	12,5	0,55	4,6	6,3	0,2	0,2	0,5	5,8	21,1	52555,0
Conceição de Macabu	322	23	7,1	12,9	0,55	4,9	6,3	16,8	3,1	0,0	2,8	0,0	28840,9

Itatiaia	190	10	5,3	9,4	0,56	4,3	5,9	0,0	0,0	0,0	7,4	0,0	31126,4
Rio das Flores	199	10	5,0	8,6	0,58	4,0	5,8	0,0	0,0	0,0	8,0	0,0	39815,0
São João da Barra	128	8	6,3	10,7	0,58	5,5	5,8	0,0	0,0	0,0	7,0	0,0	34206,1
Piraí	297	20	6,7	11,0	0,61	6,0	6,2	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0	41960,9
Varre-Sai	185	17	9,2	14,5	0,63	7,5	6,7	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	43517,4
Japeri	3473	185	5,3	8,4	0,64	4,4	6,0	0,7	1,3	0,0	1,2	0,0	44833,3
São Fidélis	1049	82	7,8	11,9	0,66	4,2	6,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	46712,8
Italva	563	45	8,0	12,0	0,67	5,2	6,3	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	46674,7
Cabo Frio	3753	215	5,7	8,3	0,69	4,0	6,5	0,0	0,0	33,9	1,8	52,0	274541,3
Laje do Muriaé	167	13	7,8	11,1	0,70	6,1	6,2	0,0	0,0	0,0	5,4	0,0	45872,8
Aperibé	198	17	8,6	11,6	0,74	5,7	6,3	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	46055,9
Santa Maria Madalena	212	11	5,2	6,9	0,75	5,7	5,3	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	27213,6
São José do Vale do Rio Preto	197	18	9,1	11,9	0,77	6,0	6,7	42,1	30,5	0,0	9,1	0,0	39829,4
Araruama	523	61	11,7	15,2	0,77	8,1	6,5	9,4	1,9	1,7	7,8	0,0	39136,0
Campos dos Goytacazes	4905	469	9,6	12,3	0,78	6,8	7,0	31,8	20,6	13,5	2,7	24,1	132531,5
Petrópolis	2215	317	14,3	18,3	0,78	9,4	7,6	44,7	20,5	23,0	7,7	25,1	130521,2
Itaperuna	1766	161	9,1	11,6	0,79	7,3	6,5	0,3	0,5	38,5	0,3	49,8	401940,7
Três Rios	1700	132	7,8	9,8	0,79	4,8	6,1	3,3	0,1	2,9	0,5	7,8	43214,1
São Gonçalo	15314	1240	8,1	10,2	0,80	5,0	6,1	3,3	1,9	0,1	4,7	0,6	40755,6
Mangaratiba	306	23	7,5	9,4	0,80	5,4	5,7	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	34629,8
Paraíba do Sul	979	67	6,8	8,5	0,80	4,5	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	28633,6
Barra do Piraí	1543	146	9,5	11,7	0,81	5,5	6,6	0,1	0,1	2,1	5,4	10,7	43288,4
Miracema	692	61	8,8	10,9	0,81	5,4	6,3	10,3	8,5	0,0	1,3	31,4	54100,4

Anexo 3

Mortalidade Hospitalar por Diagnósticos Selecionados em 76 Municípios. Rio de Janeiro – 2003-2004*

Município	Volume internação	Número óbitos	Mortalidade hospitalar bruta (%)	Mortalidade hospitalar esperada (%)	Razão mortalidade O/E	Tempo médio permanência observado (dias)	Tempo médio de permanência esperado (dias)	Comor bidade (%)	ICC** médio	Cirurgia (%)	Casos transferidos (%)F	Uso UTI (%)	Valor total (R$)
Engenheiro Paulo de Frontin	354	38	10,7	13,2	0,81	4,2	6,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	46722,2
Nova Friburgo	2535	219	8,6	10,4	0,83	6,2	6,5	9,4	4,0	27,5	5,1	36,3	189958,4
Areal	101	6	5,9	7,0	0,85	6,3	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	41990,7
Bom Jardim	446	48	10,8	12,2	0,88	6,4	6,8	37,4	19,7	0,0	3,6	0,0	34091,9
Guapimirim	247	29	11,7	13,1	0,90	5,9	6,4	10,9	3,2	0,0	14,6	0,0	35020,7
Resende	1759	202	11,5	12,5	0,92	4,7	7,0	47,3	19,0	1,3	22,2	11,1	46583,0
Cantagalo	570	47	8,2	9,0	0,92	4,2	5,9	3,2	1,4	0,0	0,5	0,0	32991,1
Cordeiro	455	35	7,7	8,3	0,92	4,9	5,7	5,3	3,3	0,0	2,2	0,0	33741,9
Magé	3680	369	10,0	10,8	0,93	4,8	6,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	37947,6
Niterói	5034	619	12,3	13,1	0,94	6,1	6,6	13,8	6,3	2,7	6,1	1,6	48769,9
Paracambi	1713	98	5,7	6,1	0,94	4,1	5,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	33050,5
Saquarema	978	97	9,9	10,5	0,95	6,5	5,9	0,5	0,2	0,7	3,6	0,0	39511,5
Valença	1565	148	9,5	9,6	0,99	5,9	5,7	0,0	0,0	0,6	1,7	12,5	45086,1
Rio Bonito	701	117	16,7	16,9	0,99	6,3	6,9	0,0	0,0	36,7	1,1	0,0	84189,5
Barra Mansa	2537	307	12,1	12,1	1,00	7,0	6,5	5,9	5,0	0,6	0,0	13,4	49675,2
Casimiro de Abreu	254	25	9,8	9,6	1,02	6,2	5,8	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	34897,9
São João de Meriti	5135	754	14,7	14,1	1,04	7,1	7,4	52,6	36,6	0,0	7,5	0,0	39049,0

Nilópolis	2347	207	8,8	8,4	1,05	5,3	6,1	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	42522,0
Queimados	115	9	7,8	7,3	1,07	3,6	5,3	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	25150,0
Paraty	282	27	9,6	8,9	1,08	4,2	5,5	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	25180,2
Miguel Pereira	586	89	15,2	13,9	1,09	5,5	6,4	2,6	1,2	0,0	3,4	0,0	36941,0
Teresópolis	1989	342	17,2	15,1	1,14	9,3	6,9	16,3	6,5	3,6	3,6	16,4	87293,3
Cachoeiras de Macacu	548	89	16,2	13,8	1,18	5,9	6,3	0,0	0,0	0,0	5,1	0,0	38256,6
Macaé	333	46	13,8	11,7	1,18	6,8	6,0	2,7	2,7	17,7	2,7	40,2	68813,4
Vassouras	950	120	12,6	10,7	1,18	8,5	6,0	0,0	0,0	0,4	2,0	21,7	57560,3
Volta Redonda	2439	327	13,4	11,3	1,19	6,3	6,2	1,7	0,7	8,3	7,5	8,2	53534,0
Itaguaí	596	91	15,3	12,8	1,19	7,1	6,5	11,9	6,9	0,0	4,7	0,0	35866,5
Angra dos Reis	688	107	15,6	12,9	1,20	8,5	6,5	1,5	0,6	3,1	3,8	13,7	56004,5
Silva Jardim	67	6	9,0	7,2	1,24	5,7	5,2	0,0	0,0	0,0	16,4	0,0	31100,0
Maricá	563	108	19,2	15,4	1,25	10,4	6,7	0,2	0,2	0,0	3,9	0,0	42608,4
Rio de Janeiro	24632	4545	18,5	14,6	1,26	9,2	6,8	15,9	7,5	10,1	4,1	10,9	79574,1
Arraial do Cabo	253	46	18,2	14,3	1,27	6,0	6,6	0,0	0,0	2,8	18,2	38,7	83473,9
Trajano de Morais	103	14	13,6	8,4	1,61	4,9	5,4	1,9	1,0	0,0	1,9	0,0	31746,1
Carmo	80	11	13,8	8,4	1,63	5,4	5,8	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	32800,9
Nova Iguaçu	2255	829	36,8	21,3	1,72	6,1	6,9	2,4	1,4	3,2	4,9	0,0	41220,0
Duque de Caxias	2909	722	24,8	13,2	1,88	6,5	6,5	9,4	4,3	0,6	8,8	0,0	32970,7
Belford Roxo	238	58	24,4	12,9	1,90	5,1	6,5	0,0	0,0	0,0	8,4	0,0	30623,1
Total de Municípios	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**	**76**

* Municípios estão ordenados pela razão entre mortalidade observada e esperada (coluna 6).
** ICC médio – Valor médio do índice de comorbidade de Charlson por município.

Fonte: SIH-SUS.

Referências

ALISON, J. J. *et al*. Relationship of hospital teaching status with quality of care and mortality for medicare patients with acute MI. *Jama*, 284(10): 1.256-1.262, 2002.

AYLIN, P., BOTTLE, A. & MAJEED, A. Use of administrative data or clinical databases as preditors of risk of death in hospital: comparison of models. *BMJ*, 334: 1.044, 2007.

BLUMBERG, M. S. Risk adjusted health care outcomes: a methodologic review. *Medical Care Review*, 43(2): 351-393, 1986.

BLUMENTHAL, D. Quality of care – what is it? *New England Journal of Medicine*, 335(17): 891-894, 1996.

BROWNELL, M. D. & ROOS, N. R. Variation in length of stay as a measure of efficiency in Manitoba hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 151(2): 675-682, 1995.

BURNS, L. R. & WHOLEY, D. The effects of patient, hospital, and physician characteristics on lenght of stay and mortality. *Medical Care*, 29(3): 251-271, 1991.

CAMERON, K. S. Effectiveness as paradox: consensus and conflicts in conceptions of organizational effectiveness. *Management Science*, 32(5): 539-556, 1986.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). *HSMR: a new approach for measuring hospital mortality trends in Canada*. Ottawa: CIHI, 2007.

CHARLSON, M. E. *et al*. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Disease*, 40: 373-383, 1987.

CHASSIN, M. *et al*. Differences among hospitals in medicare patient mortality. *Health Service Research*, 24(1): 1-31, 1989.

CLEARY, P. D. Variation in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California. *Jama*, 266: 73-79, 1991.

COHEN, Y. C. *et al*. Use of a clustered model to identify factors affecting hospital length of stay. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(11): 1.031-1.036, 1999.

COULAM, R. F. & GAUMER, G. L. Medicare's prospective payment system: a critical appraisal. *Health Care Financing Review*, annual supl.: 45-77, 1991.

DEVEREAUX, P. J. *et al*. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 166(11): 1.399-1.406, 2002.

DONABEDIAN, A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.

DUBOIS, R. W. & BROOK, R. H. Preventable Deaths: who, how often, and why? *Annals of Internal Medicine*, 109(7): 582-589, 1988.

DUBOIS, R. W. *et al*. Hospital inpatient mortality – is it a predictor of quality. *New England Journal of Medicine*, 317(26): 1.674-1.680, 1987.

EPSTEIN, A. M. *et al*. Trends in lenght of stay and rates of readmission in Massachusetts: implications for monitoring quality of care. *Inquiry*, 28(1): 19-28, 1991.

FEINGLASS, J. & HOLLOWAY, J. J. The initial impact of the Medicare prospective payment system on U.S. health care: a review of the literature. *Medical Care Review*, 48(1): 91-115, 1991.

FLOOD, A. B. & SCOTT, W. R. *Hospital Structure and Performance*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987.

FOTTLER, M. D. Health care organization performance: present and future research. *Journal of Management*, 13(2): 367-391, 1987.

FUNG, C. H. *et al*. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*, 148: 111-123, 2008.

GOLDFARB, M. G. *et al*. Determinants of hospital use: a cross-diagnostic analyses. *Medical Care*, 22: 967-974, 1984.

GROL, R. P. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *Jama*, 286: 2.578-2.585, 2001.

GROOT, V. *et al*. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56: 221-229, 2003.

HORNBROOK, M. Hospital case mix: its definitions, measurement and use. Part II. Review of alternative measures. *Medical Care Review*, 39: 73-123, 1982.

HUDGES, R. G. *et al*. Hospital volume and patient outcome: the case of hip fracture patients. *Medical Care*; 26(11): 1.057-1.067, 1988.

IEZZONI, L. *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. 3. ed. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press, 2003.

JENCKS, S. F.; WILLIAMS, D. K. & KAY, T. L. Assessing hospital associated deaths from discharge data: the role pf lenght of stay and comorbidity. *Jama*, 260(5): 2.240-2.246, 1988.

KABOLI, P. J. *et al*. Length of stay as a source of bias in comparing performance in VA and private sector facilities: lessons learned from a regional evaluation of intensive care outcomes. *Medical Care*, 39(9): 1.014-1.024, 2001.

KAHN, K. L. *et al*. Interpreting hospital mortality data: how can we proceed? *Jama*, 260(24): 3.625-3.628, 1988.

KHURI, S. F. *et al*. Comparison of surgical outcomes between teaching and nonteaching hospitals in the department of veterans affairs. *Annals of Surgery*, 234(3): 370-383, 2001.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M. & DONALDSON, M. S. *To Err is Human: building a safer health system*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2003.

KOSECOFF, J. *et al*. Prospective payment system and impairment at discharge – the 'quicker and sicker' story revisited. *Jama*, 264(15): 1.980-1.983, 1990.

LEGGAT, S. G. *et al*. A review of organizational performance assessment in heath care. *Health Services Management Research*, 11: 3-23, 1998.

LUFT, H. S. The relation between surgical volume and mortality: an exploration of causal factors and alternatives models. *Medical Care*, 18(9): 940-959, 1980.

MARTINS, M. & BLAIS, R. Evaluation of comorbidity indices in risk adjustment models for inpatient mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59: 665-669, 2006.

MARTINS, M.; BLAIS, R. & LEITE, I. C. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, supl. 2: 268-282, 2004.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. & NORONHA, J. C. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco de índices de desempenho. *Revista de Saúde Pública*, 35(2): 185-192, 2001.

NORONHA, J. C. *et al*. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso de cirurgia coronariana no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6): 1.781-1.789, 2003.

NORONHA, J. C. *et al*. Aplicação da mortalidade hospitalar após a realização de cirurgia de revascularização do miocárdio para monitoramento do cuidado hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, supl. 2: 322-339, 2004.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (OTA). Hospital mortality rates. *In*: OTA Project Staff. *Quality of Medical Care – Information for Consumers*. Washington: Congress of the United Sates, 1988.

OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (OTA). *Medicare's Prospective Payment System*. New York: Springer Publishing, Congress of the United States, 1986.

QUAN, H. *et al*. Coding algoritms for defining comorbities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *Medical Care*, 43(11): 1.130-1.139, 2005.

ROBINOWITZ, D. L. & DUDLEY, A. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annual Review of Public Health*, 27: 517-536, 2006.

ROEMER, M. I.; MOUSTAFA, A. T. & HOPKINS, C. E. A proposed hospital quality index: hospital death rates adjusted for case severity. *Health Services Research*, 3(2): 68-118, 1968.

ROSEN, H. M. & GREEN, B. A. The HCFA excess mortality list: a methodological critique. *Hospital & Health Services Administration*, 32(1): 119-127, 1987.

SICOTTE, C. *et al*. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Service Management Research*, 11(1): 24-41, 1998.

SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F. & CONTANDRIOPOULOS, A. P. La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures*, 6(1): 34-46, 1999.

THOMAS, J. W. & HOFER, T. P. Research evidence on the validity of risk-adjusted mortality rates as a measure of hospital quality of care. *Medical Care Research and Review*, 55(4): 371-404, 1998.

THOMAS, J. W.; GUIRE, K. E. & HORVAT, G. G. Is patient length of stay related to quality of care? *Hospital & Health Service Administration*, 42(4): 489-506, 1997.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C. & MARTINS, M. Mortalidade Hospitalar como indicador de qualidade – uma revisão. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 367-381, 1999.

VIACAVA, F. *et al*. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 711-724, 2004. Disponível em: <www.proadess.cict.fiocruz.br>.

WRAY, N. P. *et al*. Case-Mix adjustment using administrative databases: a paradigm to guide future research. *Medical Care Research and Review*, 54(3): 326-356, 1997.

WYSZEWIANSKI, L. *et al*. Case-based payment and the control of quality and efficiency in hospitals. *Inquiry*, 24(1): 17-25, 1987.

YOUNG, W.W. *et al*. The measurement of hospital case mix. *Medical Care*, 20(5): 501-512, 1982.

YUAN, Z. *et al*. The association between hospital type and mortality and length of stay: a study of 16.9 million hospitalized Medicare beneficiaries. *Medical Care*, 38(2): 231-245, 2000.

A Complexidade da Assistência às Urgências e Emergências e o Caso do Estado do Rio de Janeiro

11

Gisele O'Dwyer

Este capítulo pretende apresentar algumas considerações sobre o atual caos dos serviços de assistência às urgências e emergências no estado do Rio de Janeiro. Começo relacionando a estrutura e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) com o impacto produzido nesse nível de assistência. O SUS, como política pública, constitui uma arena de conflitos em que atuam diversos grupos de interesse, que ora contribuem para dar sustentação e legitimidade à política, ora estabelecem tensões para sua implementação (Viana, Faria & Pacífico, 2006). Esse é um dos aspectos de impacto, que trata de questões relacionais e organizacionais. Vou enfatizar o aspecto mais estrutural do SUS por acreditar que as 'insuficiências' vividas pelos profissionais vêm influenciando uma prática que tensiona a organização dos serviços e a relação profissional/usuário.

Pode-se dizer que a insuficiência de recursos chega a inviabilizar o funcionamento de serviços locais, sobrecarregando de maneira sobre-humana os profissionais de saúde e responsabilizando-os, às vezes de maneira espalhafatosa, pelas falhas resultantes do estrangulamento do sistema de atenção à saúde. Nos anos 90, o Brasil tratou sua força de trabalho na área da saúde de forma predatória, pela defasagem crescente de seus salários, pela quase inexistência de recursos para atender ao crescimento da demanda por atenção médica, ou ao menos para repor o contingente de profissionais em função de mortes ou aposentadorias, e pela exigência de uma crescente produtividade desacompanhada de condições mínimas de trabalho adequadas para o desempenho de suas funções. O reflexo dessa situação tem sido dramático, sobretudo entre os médicos (Luz, 2007).

A seguir apresento as ações de regularização desse setor a partir das políticas propostas nos últimos anos. Faço não só uma descrição, mas uma discreta análise do potencial regulatório e de seu conteúdo. Finalmente particularizo o caso do estado do Rio de Janeiro usando material empírico de uma pesquisa realizada em 2005/2006.

Espero com este breve texto apontar os principais nós gerenciais e, mais que isso, sensibilizar os leitores para a importância de entender os serviços como espaços construídos

socialmente, sendo ao mesmo tempo meio e resultado de uma dualidade (caráter duplo) e não de um dualismo (caráter oposto) entre estrutura e agente humano. Aceitar a dualidade consiste em negar uma versão em que a estrutura seria uma força geradora de práticas que engessam a capacidade de mobilização do agente humano e outra versão em que haveria um privilégio da intencionalidade e subjetividade nas práticas sociais. Dito de outra forma, aceitar a prática dos serviços como um processo social sem deixar de atribuir ao profissional capacidade de reflexão, inovação e superação, já que no SUS também existem experiências bem-sucedidas de encontros solidários entre profissionais e usuários.

O Quanto as Insuficiências do SUS Interferem nos Problemas Vividos nas Emergências

Ao analisar o SUS a partir de seus princípios de integralidade e equidade e de sua diretriz de inclusão social, constata-se que existe um descompasso entre a conquista de direitos pela população e as reais e insuficientes condições para garanti-los. Uma das insuficiências é estrutural e organizacional e a outra é relacional. Comecemos pela estrutural e organizacional.

O SUS é o agente financiador da maioria dos atendimentos e das internações realizados no país, participando respectivamente em 61% e 70% destes, o que corresponde a uma significativa expansão de sua participação entre 1998 e 2003 (dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* – Pnad), aumentando em 9,3% e 4,1%, respectivamente, para atendimentos e internações (Porto, Santos & Ugá, 2006). Observou-se que o SUS financia preponderantemente populações de baixa renda já que sua participação no número de atendimentos e de internações em 2003 é predominante até o oitavo decil de renda da população. Ainda, como esperado, a participação do SUS é tanto maior quanto menor o nível de renda da população usuária (Porto, Santos & Ugá, 2006).

Em relação ao tipo de oferta de serviço de saúde, a rede pública é composta principalmente por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%). Já a rede privada é composta por atenção especializada (74%) e atenção hospitalar (79%). Consequentemente existe uma maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda, sugerindo menor acesso à atenção adequada (Almeida & Travassos, 2000). Em contrapartida, há maior oferta de atendimento de alta complexidade ou alto custo pelo sistema público (Ribeiro *et al.*, 2006). Existe, portanto, um esforço de ampliação do financiamento da saúde pelo SUS que já impacta alguns gargalos assistenciais históricos, apesar de persistir a falta de acesso às especialidade e aos serviços de investigação diagnóstica.

Os problemas de acesso refletem problemas de oferta, como discutido até o momento, e de organização dos serviços de saúde, que podem atuar como barreiras ao acesso. Esses aspectos põem em relevo a complexidade organizativa do sistema de saúde no Brasil, na qual o sistema público deve garantir a extensão de cobertura de serviços básicos e especializados para a população mais pobre, mas também a cobertura em procedimentos de alta

complexidade para a maioria das camadas socioeconômicas (Ribeiro *et al.*, 2006). Nesse contexto cresce a demanda por atendimento nos serviços hospitalares de emergência. Este comportamento pode apontar, ainda, que boa parte da população usuária do SUS busca assistência por meio de consultas de pronto atendimento nos prontos-socorros dos hospitais, em vez de buscar esse tipo de atendimento na rede básica de saúde que vem se ampliando a partir da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dados sugerem que os prontos-socorros ainda são importantes portas de entrada para assistência médica.

A pesquisa do Pnad reflete a complexidade do SUS, seus avanços, sua iniquidade, sua capacidade de oferta de serviços. Os desafios atuais do sistema de saúde brasileiro estão centrados na capacidade política e econômica dos atores sociais envolvidos na consolidação e implementação do SUS na administração de crises internas e externas, garantindo a sustentabilidade econômico-financeira do sistema, a cobertura da atenção à saúde da população com qualidade, eficiência e eficácia; e na percepção de que os resultados da reforma implementada no sistema de saúde brasileiro devem ser medidos em longo prazo (Soares, 2007). Portanto, o cenário de atendimento no SUS é de demanda reprimida, que aparece principalmente nos serviços de emergência hospitalar e de atenção básica, sem desconsiderar (e apesar de) os avanços já descritos.

Retomando a capacidade política dos atores envolvidos, que é necessária para a consolidação do SUS, a única opção política que viabiliza essa consolidação é a solidariedade com a população assistida, mesmo reconhecendo todas as dificuldades que o trabalhador do SUS enfrenta e a crônica falta de solidariedade com os mesmos. Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados, mas são ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema (Campos, G. W. S., 2006). O cenário instituído nos serviços de saúde em geral é de alienação, descompromisso, silêncio frente à impunidade, burocratização e desumanização. Em síntese, a ausência de instrumentos gerenciais eficazes de regulação e ordenamento da oferta que busquem viabilizar o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS por parte dos usuários, nos níveis macro e micro-organizacionais, a desmotivação e o descompromisso dos trabalhadores de saúde com os resultados organizacionais, frutos, em parte, de uma gestão centrada nos meios e não nos resultados, contribuem de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa efetividade do sistema de saúde brasileiro (Costa-e-Silva, Rivera & Hortale, 2007).

Os baixos salários, as más condições de trabalho, a falta de instrumental adequado, a ausência de um plano de carreira, o excesso de demanda, a inadequada formação profissional, a concorrência não construtiva, a exigência de eficiência não sustentada, o autoritarismo, a verticalidade radical, a liderança indiferente ou ausente, a falta de comunicação ou suas distorções são as causas principais de deflagração de conflitos (Baremblitt, 2006).

Para romper com esse descrédito, as práticas nos serviços têm que melhorar, e a humanização deve estar contida em qualquer investimento em melhoria de qualidade dos serviços. A humanização pressupõe capacitação de profissionais, controle social e uma preocupação operativa com a reorganização dos serviços e das práticas.

O aprimoramento da interação profissional/paciente é uma das facetas (somente uma delas!) da humanização da assistência (Nogueira-Martins, 2006). Para tal humanização são também importantes: contratação de profissionais suficientes para atender à demanda da população; aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares; abertura de novos serviços de recuperação e adequação da estrutura física das instituições; revisão da formação dos profissionais com reestruturação dos currículos das faculdades da área da saúde; capacitação permanente dos profissionais; educação continuada; melhoria das condições de trabalho; e, por fim, melhoria da imagem do serviço público de saúde.

A integralidade como resposta governamental aos problemas de saúde esbarra na rede de serviços que não é suficiente no que diz respeito às especialidades. Esbarra na organização dos serviços já que, por melhor que seja o atendimento oferecido em um serviço, ele não pode dar conta de uma completa integralidade porque a integralidade depende da rede (integralidade ampliada) (Cecilio, 2001). Portanto a integralidade deve ser garantida num plano sistêmico, o das ações na rede de serviços (Pinheiro, 2001).

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe de recursos e competências suficientes para a solução dos problemas de saúde de uma população (Hartz & Contandriopoulos, 2004). A integração consiste em coordenar as organizações autônomas para a realização de um projeto coletivo comum. Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, assim, em três linguagens: a estrutural – modificação das fronteiras das organizações –, a clínica – modificações nas práticas profissionais – e a da cooperação – novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações (Hartz & Contandriopoulos, 2004). A instituição da rede exige estrutura organizacional, mas também exige modificação nos processos de trabalho e envolvimento cognitivo e afetivo dos profissionais.

É preciso enfrentar que a integralidade da atenção está fragilizada pelo padrão de assistência que é oferecido dentro da atual rede de serviços do SUS. Existe uma desvalorização velada das necessidades da população atendida e uma perversidade social que acaba por não solucionar problemas como carência de recursos humanos, ausência de diálogo com os trabalhadores, péssimas condições de trabalho e relação profissional/usuário no limite do aceitável.

Muito tem que ser feito para viabilizar um sistema de saúde integrado, porém esse investimento não pode depender só de recursos financeiros e projetos governamentais. Precisa-se de um novo processo de trabalho e do empenho particular de cada serviço (e por que não dizer de cada profissional) em reconhecer suas possibilidades de intervenção.

Existe uma aceitação implícita da baixa qualidade do serviço público por estar dirigido à população carente, que reconhece o serviço recebido como um favor e não como direito. A pertinência da questão da humanização da atenção está relacionada à concepção e aos valores que cada profissional tem a respeito de seu papel de profissional comprometido com as mudanças necessárias nesse campo (Traverso-Yépez & Morais, 2004).

Os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica, apesar de existir uma dificuldade de transpor o direito jurídico para o direito realizado, devido à cultura política vivida pelo Brasil, patrimonialista e autoritária (Machado, Pinheiro & Guizardi, 2005). Como as mudanças de valores em uma sociedade ocorrem a partir de muita reflexão e exigem um longo tempo de maturação, é necessário investir na capacidade política dos atores da prática, em prol de uma postura mais solidária para enfrentar um cenário de direitos não realizados.

A valorização e a priorização da responsabilidade da pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém são formas de superar as dicotomias entre oferta e demanda e entre postura técnica e relacional.

As Intervenções Propostas pelo Ministério da Saúde no Intuito de Enfrentar as Dificuldades dos Serviços de Urgência e Emergência

Para além do diagnóstico dos maus resultados do SUS, exaustivamente apontado pela academia, pelas corporações profissionais e pela imprensa, estratégias de enfrentamento têm sido propostas pelo Estado através de políticas de saúde.

As políticas de atenção às urgências nasceram em um cenário em que a prestação de serviços em melhores patamares de qualidade era uma preocupação explicitada na política de saúde do governo federal e em que havia muita insatisfação da população com os tradicionais serviços hospitalares. Em 2002, por solicitação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) foi realizada a pesquisa Saúde na Opinião dos Brasileiros, na qual foram diagnosticadas as principais causas de descontentamento da população com os serviços de saúde. Muitas das queixas (baixa capacidade instalada, pouco acolhimento) diziam respeito aos serviços de emergência.

O resultado da pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do QualiSUS (Brasil/MS, 2004b), um conjunto de mudanças que visava a proporcionar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, é criado um grupo de humanização do atendimento e há uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar. Outra importante política que visava à melhoria da qualidade da assistência é a Política Nacional de Humanização (Brasil/MS, 2003d) que se norteia pela valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS. Para os serviços de urgência, propõe acolher a demanda e classificar as necessidades a partir da avaliação de riscos, garantindo o acesso e a referência aos demais níveis de atenção. Uma crítica feita a essa política é que a mesma se compromete como normatização, mas não garante o diálogo entre as normas e a realidade, crítica semelhante é realizada às éticas compassiva e utilitarista (Betts, 2006), nas quais os princípios são prioritários em relação aos sujeitos.

Desde 2002 a área de urgência/emergência foi vista como um setor que exigia investimentos prioritários a partir de dois elementos centrais que geravam sobrecarga dos serviços disponibilizados para a população: a constatação do crescimento da demanda por serviços (aumento do número de acidentes e da violência urbana, e mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população) e a estruturação insuficiente da rede assistencial (Moura, 2004).

Coube à gestão do ministro Borjas Negri a elaboração da portaria n. 2.048 (Brasil/MS, 2002) que considerou as atribuições, o dimensionamento e a organização estrutural das diferentes unidades, bem como os aspectos da interação destas com os demais serviços. Seu principal mérito foi a definição das responsabilidades dos diferentes níveis de assistência na prestação do atendimento integral às urgências. Essa portaria já tratava de questões primordiais como a regulação, a capacitação profissional e a definição de recursos para os diferentes níveis de atenção.

Em 2003, o Ministério da Saúde cria, em seu organograma, a Coordenação Geral de Urgências/Emergência (CGUE) e assim foi constituído um grupo de profissionais que junto a representantes de outras entidades formataram a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau) publicada por meio da portaria 1.863 (Brasil/MS, 2003a), com cinco pilares: promoção, organização da rede assistencial, capacitação de recursos humanos, regulação médica de urgência e humanização da assistência às urgências. A implantação da Pnau iniciou-se com o componente pré-hospitalar móvel (Brasil/MS, 2003b), por meio da implantação da Rede Nacional de *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* (Samu) – 192, com centrais de regulação médica de urgência (Brasil/MS, 2004a) em todo o país, visando à qualificação do acesso e à oferta de subsídios aos gestores para a tomada de decisões.

Na gestão do ministro Humberto Costa foram formuladas portarias que aprofundaram as atribuições específicas para a política como a regulação, a gestão, o acompanhamento e avaliação, além da capacitação. Para tal foi instituído o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências (Brasil/MS, 2003c), com perspectiva de planejamento de ações intersetoriais necessárias para a formatação do plano nacional de atenção às urgências. Houve ainda a criação de núcleos de educação em urgência com a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área e do *Manual de Regulação Médica das Urgências* (Brasil/MS, 2006c), elaborado como material de base oficial do ministério para os cursos de regulação médica de urgência de todo o território nacional.

Do conteúdo desse manual, vale destacar a pertinência do diagnóstico do cenário assistencial contido no capítulo. E como está a atenção às urgências nesse cenário? Esse diagnóstico retrata o baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde; o modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos; a falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica; a insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade; a má utilização das portas de entrada da alta complexidade; a insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)

e retaguarda para as urgências; as deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal; a inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores; o baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde; as dificuldades na formação das figuras regionais e a fragilidade política nas pactuações; a incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência; as escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas; e a falta de regulação.

Após a publicação (entre 2002 e 2005) dos documentos principais da Política Nacional de Atenção às Urgências que trataram da regulação e gestão, somaram-se duas portarias objetivando a expansão e estruturação desse nível de assistência. Em 2006 é publicada a portaria n. 3.125 (Brasil/MS, 2006b) que institui o Programa QualiSUS Urgência para qualificar a assistência nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar; e em 2008 a portaria n. 2.922 (Brasil/MS, 2008a) que propõe a implantação/adequação de unidades de pronto atendimento (UPA) e salas de estabilização (SE) em locais/unidades estratégicos para a configuração de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.

A gestão do ministro José Gomes Temporão não conseguiu avançar no desenvolvimento das proposições para a área, ainda muito incipientes, como a coordenação e capacitação/fixação dos profissionais. As UPAs e motolâncias (Brasil/MS, 2008b), instituídas na sua gestão, são estratégias de curto prazo (UPA) e complementares (motolâncias), que só foram possíveis a partir de um forte aporte de recursos federais. Como um condicionante positivo, as UPAs só podem ser projetadas para as áreas cobertas pelo Samu ou se houver concomitância de propostas de projetos Samu e UPA. Também é exigido um termo de compromisso de expansão da cobertura da estratégia de saúde da família atingindo no mínimo 50% na área de abrangência de cada UPA, no prazo máximo de dois anos. Para o Rio de Janeiro, esse nível de expansão pretendida para o PSF não parece viável em um período de dois anos, em função da baixa cobertura no estado (24,7%), em especial na capital, que chega a 3%. Mas o condicionamento dessa expansão é um avanço inquestionável.

As UPAs foram implantadas como estratégia compensatória da insuficiência da atenção básica e da superlotação das emergências hospitalares no município do Rio de Janeiro, em especial entre os anos de 2007 e 2008. A primeira foi inaugurada em maio de 2007 e até abril de 2009 já haviam vinte UPAs inauguradas aqui. A previsão do governo do estado do Rio de Janeiro é abrir trinta UPAs até 2010, com capacidade para 12 mil atendimentos por mês em cada uma (Cortes, 2009).

Gostaria de destacar que esteve disponível no *site* do ministério, nas informações úteis no *link* do Samu (até o final de 2009) o áudio do discurso do ministro Temporão de lançamento das motolâncias, realizado em dezembro de 2008. Nele o ministro reafirma a importância que as políticas de urgência têm para o ministério, declarando que o Samu traz segurança e conforto para a população; o ministro também se compromete com a universalização do Samu até 2010. Cita o sucesso do Rio de Janeiro pela implantação das UPAs. Segundo o ministro, no começo do Governo Lula, o Samu era só uma ideia e hoje é uma realidade. Essa realidade tem sido pautada pelo ideal de serviços integrados em rede.

A partir do *site* do Ministério da Saúde constatou-se que em 2004 haviam 23 Samu implantados e em 2009 eram 142. Nota-se então que apesar da prioridade dada ao Samu, ocorre um deslocamento de importância para a UPA, especialmente no plano político.

Mesmo exigindo um forte financiamento do nível federal, o atendimento às urgências é uma prioridade inegável para o atual governo. Há um forte investimento em recursos monetários e tecnológicos, porém, a normatização não possibilitou o avanço no quesito qualificação de profissionais (O´Dwyer, 2009). Sua implantação tem sido a partir de uma plasticidade na forma de contrato dos profissionais que não favorece a sustentabilidade da política. Claro que esse problema não é exclusivo do Samu, UPAs e emergência hospitalar. A própria expansão do PSF, pretendida para o Rio de Janeiro, certamente sofrerá restrições pela gestão do trabalho.

Teoricamente, as políticas de saúde orientam as práticas, mas fatores sobre os quais os propositores de políticas não (ou pouco) interferem fazem com que as políticas aconteçam ou não. A formulação de política tem que ser entendida essencialmente como um processo político, em vez de um processo analítico de solução de problema. É um processo de negociação, barganha e acomodação de muitos diferentes interesses que refletem a ideologia do governo em poder (Walt, 1994).

Talvez a forma tradicional de fazer políticas idealize práticas em condições difíceis de realização. A não participação dos profissionais e das comunidades na formulação das políticas contribui com a distância entre o formulado e o implantado. Há necessidade de corresponsabilizar os profissionais e as comunidades na implantação e no controle de políticas e estratégias de saúde.

Outro problema que chama a atenção é a profusão de políticas que certamente confundem enormemente o gestor que se depara a todo o momento com novos programas, novas ações, devendo se readaptar constantemente sem, na maioria das vezes, participar do processo de formulação. Os usuários, por sua vez, mantêm-se à parte, geralmente desconhecendo por completo a existência dessas ações que, a princípio, deveriam favorecê-los (Almeida, 2005).

Uma crítica importante feita às políticas de saúde no Brasil é que o Ministério da Saúde faz um esforço grande na regulamentação de estratégias de curto prazo em atenção às propostas políticas de cada gestão de governo, em detrimento de políticas de médio e longo prazos, capazes de articular gestores estaduais e municipais e a sociedade civil, por mais de uma gestão de governo, em um projeto político para a saúde no país (Baptista, 2007).

Os instrumentos de indução política mais submetem os níveis subnacionais de governo às regras do sistema do que compõem uma política acordada e sustentada nas diversas realidades institucionais do país e respaldas numa prática social concreta. Essa forma de atuar se reforça e se mantém por um posicionamento também de acomodação das demais esferas de governo, que ainda percebem na relação de tutela com o Ministério da Saúde a garantia de benefícios e recursos para dar sustentação às suas políticas locais sem uma responsabilização maior de seus orçamentos próprios ou o compromisso com uma agenda política mais extensiva (Baptista, 2007). Vale dizer que uma política de âmbi-

to nacional, ao estabelecer relações intergovernamentais, demanda a formulação de uma adequada estrutura de incentivos capaz de induzir os diversos atores a um comportamento cooperativo. Essa estrutura de incentivos se faz necessária porque estados e municípios, que são os agentes implementadores do SUS nos níveis regional e local, tendem a manter relações marcadas por disputas predatórias por recursos e ausência de comportamentos cooperativos (Viana, Faria & Pacífico, 2006).

Independentemente das considerações feitas a respeito da dificuldade de implementação de políticas, o conjunto de normas que tratam da assistência às urgências e emergências tem o mérito de fazer um real diagnóstico das dificuldades desse nível de assistência, propor o envolvimento de toda a rede no enfrentamento do problema, de ser uma política de médio prazo ou longo e de ter mecanismos definidos de formação de profissionais. Claro que o investimento em capacitação não é privilégio para essa categoria específica de profissionais. Observa-se, a partir de 2003, uma maior valorização das políticas de recursos humanos do Ministério da Saúde, que se manifestou na criação da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde, cuja atuação tem-se orientado para a regulamentação e 'desprecarização' das condições de trabalho na área e para o fortalecimento da formação de profissionais para o SUS. A partir de 2007, são mais evidentes as estratégias de articulação entre os ministérios da Saúde e da Educação (Machado, Baptista & Lima, 2007).

Percebi uma evolução na formulação da política, mas é necessário saber se essa evolução traduziu-se na prática dos níveis estaduais e municipais. Esse Estado que é indutor, formulador e regulador depende dos outros entes federativos autônomos para que a qualidade da assistência evolua, que é a expectativa principal gerada pelas políticas. Por isso discuto o estado do Rio de Janeiro, por suas peculiaridades na construção da assistência à saúde e sua importância para o país. Destaco como uma dessas peculiaridades, a gestão conjunta com a corporação dos bombeiros, especialmente na atenção às urgências (O´Dwyer, 2009).

O Contexto de Atenção às Urgências e Emergências e o Caso do Estado do Rio de Janeiro

Estou partindo dos pressupostos de que a insuficiência da rede contribui com a má qualidade da assistência às urgências e emergências e de que existe suficiência de políticas para nortear esse nível de atenção. Agora resta uma revisão sobre os problemas mais específicos desse nível de atenção e uma análise da situação do estado baseada em pesquisa empírica.

Considerando-se os tipos de patologias atendidas nas emergências, pode-se dizer que esses serviços são utilizados indevidamente no Brasil, pois cerca de 65% dos pacientes poderiam ser atendidos em ambulatórios (Lovalho, 2004). Entretanto, o problema não é exclusividade nossa. O grande acúmulo de doentes nos serviços de emergência ocorre tanto no Brasil como no exterior, apesar das diferenças econômicas entre os países e entre as fontes de financiamento da assistência. Pacientes com problemas cuja solução é pertinente à atenção básica frequentam os serviços de emergência em vários países

(Derlet & Nishio, 1990; George, Read & Westlake, 1993; Dale & Green, 1995; Gill & Rilley, 1996; Gill & Reese, 1996; Shah & Shah, 1996; Hotvedt *et al.*, 1999; Krakau & Hassler, 1999; Abdallat, Al-Smadi & Abbadi, 2000; Fajardo-Ortiz & Ramirez-Fernández, 2000; Lee, Lau & Hazelett, 2000; Coleman, Irons & Nicholl, 2001; Lee *et al.*, 2001; Tannebaum & Arnaold, 2001; Kalemoglu, Keskin & Demirbas, 2004; Ruger, Richter & Lewis, 2006; Dong *et al.*, 2007; Hollander & Pines, 2007).

Recentemente, Carret, Fassa e Domingues (2009) revisaram os estudos sobre a utilização inadequada de serviços de emergência. Esses autores reforçam que os serviços de emergência devem ser utilizados em circunstâncias específicas e que a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves e para os não graves porque não acessam atendimento de seguimento na emergência. Indicam que o acesso à rede primária reduz o uso inapropriado de serviços de emergência se o paciente tiver rápido acesso ao atendimento de urgência na atenção básica (Carret, Fassa & Domingues, 2009).

A resposta que os serviços oferecem para a população depende principalmente do tipo de atendimento que é demandado. Por um lado, a disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde. Por outro, as escolhas individuais também são cruciais, embora nem todas as necessidades se convertam em demandas e nem todas as demandas sejam atendidas. Inversamente, por produção de oferta, existe o uso de serviços não relacionado com as necessidades (Travassos & Viacava, 2000).

Os pacientes que precisam de mais recursos tecnológicos em função da gravidade ou complexidade do seu problema de saúde são alvo de maior preocupação dos profissionais, dos gestores e dos formuladores de políticas de saúde. Os pacientes que exigem menos recursos tecnológicos são absorvidos como secundários, atendidos rapidamente após uma triagem e não são linearmente os que necessitam de menos atenção. Muitas vezes esses pacientes são os de menor recurso social e os que são pouco absorvidos pelos serviços de saúde. Entretanto a sua insistência em bater na porta dos hospitais de emergência continua a ser considerada como um erro a ser corrigido.

Pode-se imaginar que sem a revisão de todo o sistema de saúde, a emergência continuará a ser usada inapropriadamente pelos pacientes como alternativa para o atendimento primário. Essa constatação deve ser vista com cuidado para o paciente não ser rotulado como 'inapropriado' ao serviço que ele busca e sofrer a frustração de ter seu atendimento negado como eventualmente tem sido sugerido pela literatura (Derlet & Nishio, 1990; Green & Dale, 1992). Restrições de acesso têm sido propostas (McGugan & Morrison, 2000; O´Dwyer, Matta & Pepe, 2008), mas são inaceitáveis na realidade do Brasil, um país com tanta desigualdade social.

No estado do Rio de Janeiro, no início do milênio, houve agravamento da crise política de planejamento e gestão vivenciadas nas interfaces das esferas federal, estadual e municipal. A crise agudizou-se entre os anos de 2004 e 2005 e foi consumada com a perda da gestão plena do município do Rio de Janeiro (modalidade de gestão definida na Norma

Operacional Básica do SUS NOB SUS 01/96 – Brasil, 1997 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) SUS 01/02 – Brasil, 2002), substituída no Pacto de Gestão do SUS pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006) (Campos, P. C. C., 2006). Este termo foi assinado pelo estado do Rio de Janeiro em 2008.

A despeito das consequências da crise, os problemas persistiram em 2006, num cenário de mobilização institucional visando à melhoria das condições de atendimento com a incorporação de políticas como o QualiSUS, o Samu e o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial (Bird), voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país (portaria n. 588, de 07 de abril de 2005 do Ministério da Saúde) (Campos, P. C. C., 2006).

No ano de 2005, portanto no auge da crise e no início das atividades do QualiSUS, (que no estado atuou em seis hospitais, sendo cinco no município do Rio de Janeiro), foi realizada uma pesquisa, financiada pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (CVS/SES-RJ), em trinta emergências hospitalares que compuseram uma amostra desses serviços no estado. Essa pesquisa analisou as práticas nos serviços hospitalares de emergência através da análise de conduta estratégica (Giddens, 1984). Construiu-se um roteiro a partir de instrumentos conhecidos, que foi validado por um painel de especialistas. Foram entrevistados noventa chefes médicos e enfermeiros das emergências.

O estudo registrou a relação dos serviços de emergência com usuários, com outros serviços do hospital e com a rede assistencial. Abordou a relação entre trabalhadores, a dimensão do seu quadro, de sua formação e de seus vencimentos. Relacionou a infraestrutura, cobrindo aspectos essenciais da organização, em que a assistência foi um dos componentes desse objeto mais amplo (O´Dwyer, Matta & Pepe, 2008).

Pelo que foi discutido até então, vou utilizar os resultados dessa pesquisa para refletir sobre as causas referidas para a utilização indiscriminada das emergências hospitalares; sobre a carência de recursos humanos e estruturais; e, principalmente, sobre como se dá o relacionamento desses serviços com o resto da rede.

Nessa pesquisa a superlotação foi referida em 80% das emergências visitadas, tendo como principal causa o atendimento a pacientes com problemas ambulatoriais, informação que é compatível com a discussão realizada até o momento. Uma possível consequência é que os serviços que tendem a ser restritivos à demanda dos pacientes utilizam o discurso de que a emergência deve restringir seu atendimento ao paciente mais grave e eventualmente adotam uma política restritiva como efetivamente foi referido em uma emergência. Outros estudos brasileiros sobre os serviços de emergência têm demonstrado a dificuldade de lidar com a demanda excessiva de pacientes não graves (Jacobs & Matos, 2005).

Outra questão prioritária para a descrição da situação da assistência às emergências no estado é a questão estrutural. Sabe-se da potência do parque hospitalar do Rio de Janeiro e do seu sucateamento ao longo dos anos. Na pesquisa do estado, em relação à estrutura dos

hospitais visitados, havia uma maior insuficiência de recursos humanos para a realização da assistência (80% dos serviços) do que de recursos estruturais e tecnológicos (40%). Esse aspecto é muito importante porque solucionar os problemas de estrutura predial tem sido mais viável politicamente do que enfrentar a carência numérica, a desqualificação, a alta rotatividade e o absenteísmo dos profissionais de saúde. Estratégias de contratação temporária têm sido utilizadas com resultados duvidosos (O´Dwyer, Matta & Pepe, 2008). A existência de vários tipos de vínculos, alguns temporários, dificulta a fixação do profissional e aumenta a necessidade de investir na qualificação deles. Alguns vínculos temporários são justificados por contratos emergenciais, mas precarizam a relação de trabalho, não resolvem a carência quantitativa de recursos humanos, diminuem o padrão qualitativo da equipe e não contribuem com a integração do corpo clínico da emergência com o do hospital.

Foram identificadas três situações de utilização dos serviços: o primeiro encontrado em 36% dos hospitais era de superlotação constante na emergência e de tempos de permanência muito grandes, tanto na emergência quanto na internação, com destaque para a clínica médica; o segundo, um cenário de utilização dos serviços de emergência e do leito hospitalar mais racional, perto de 100% (em 20% dos serviços); e o terceiro, encontrado em 44% dos serviços, em que havia subutilização da emergência e do leito hospitalar (O´Dwyer, Matta & Pepe, 2008). Essa heterogeneidade de utilização dos serviços hospitalares é compatível com uma estruturação da rede não planejada para racionalizar a utilização e o acesso aos serviços.

As dificuldades referidas com a rede (apontadas em todos os hospitais) tiveram como principais motivos: insuficiência da rede básica; falta de vagas para internação; falta de diálogo com o atendimento pré-hospitalar (Samu e bombeiros); falta de vaga para realização de exames complexos; indisponibilidade de ambulatórios especializados; falta de vagas em casas de apoio; e 'problemas sociais'. Foi encontrada em uma emergência uma situação muito irregular de um paciente 'internado' havia quatro anos.

Constatou-se como dado muito positivo, que a emergência traumática recebe um tratamento que responde às necessidades dos pacientes mais graves, refletindo positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade (O´Dwyer, Matta & Pepe, 2008). A percepção que os gerentes têm sobre a missão da emergência hospitalar é que seu atendimento deve limitar-se às urgências e emergências definidas tecnicamente. Apenas um dos chefes de serviço entrevistado reconheceu a necessidade de acolher todas as demandas que aparecem nos serviços.

Corresponder às expectativas da clientela é um dos maiores desafios para a organização da assistência (Pinheiro, 2001). Esse desafio deve ser perseguido por gestores e acolhido pelos profissionais, já que são os atores da prática que legitimam o SUS perante a população.

Outra pesquisa, realizada em um grande hospital do município do Rio de Janeiro (Campos, P. C. C., 2006), reflete os desafios de um atendimento centrado nos hospitais, com baixa responsabilização pelo encaminhamento do paciente e sua consequente 'peregrinação'. Conclui que a baixa cobertura do PSF, o 'hospitalocentrismo' de emergência, o destrato no acesso, a pouca credibilidade nos atendimentos médicos e a invisibilidade do

usuário/paciente configuram um sistema indutor de peregrinações no SUS. Desse modo, sobrepõe, paradoxalmente, violência ao cuidado (Campos, P. C. C., 2006).

Outra pesquisa também realizada em uma emergência do município do Rio de Janeiro (Deslandes, 2007) tratou da banalização do sofrimento do usuário. Concluiu que: o sofrimento do outro é lido como menor, suportável, menos grave; o outro é destituído de atributos considerados merecedores de atenção, o outro e tudo que lhe diz respeito é banalizado, inclusive seu sofrimento; o sofrimento do outro raramente mobiliza vínculos empáticos porque o sofrimento do cuidador também foi banalizado; o sofrimento do outro se torna meramente um contexto usual, naturalizado no modelo cultural de cuidados médicos profissionais (regido pela racionalidade biomédica tradicional). Ou seja, o profissional nega o outro, por atribuição de menor *status* social ou moral, desmerecendo seu sofrimento.

Esses trabalhos (Skaba, 1997; Campos, P. C. C., 2006; O´Dwyer, Matta & Pepe, 2008) mostram a precária assistência para um grupo de pacientes que acessa a rede através dos hospitais, mas não resolve seu problema. Do total de pacientes que poderiam ser atendidos em ambulatórios e preferem eleger a emergência como porta de entrada, 36% não dão seguimento ambulatorial à patologia que motivou a procura ao serviço de emergência (Lovalho, 2004), o que corrobora a necessidade de acompanhamento desses pacientes, para garantir a efetividade da assistência. Fortalecer a atenção básica como porta de entrada do sistema, cumprir o atendimento de urgências previsto para ser realizado no âmbito da atenção básica são ações que encontram resistência e que a longo prazo podem mudar o perfil do paciente que demanda atendimento na emergência. Na prática não houve ainda essa mudança (Oliveira, 2004). O contexto da assistência nas emergências hospitalares do Rio foi anteriormente analisado por Skaba (1997) demonstrando muitas semelhanças.

Na maioria dos estados e municípios, os serviços de emergência sofrem o maior impacto da desorganização do sistema, tornando-se o alvo preferido para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde (Scarpelini, 2007). Em um país como o nosso, o caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de emergência deverá ser de caráter sistêmico e ter como foco o usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho (Bittencourt & Hortale, 2007).

No âmbito internacional, muito países desenvolveram sistemas para atendimento às urgências/emergências. Contudo, embora atualmente exista uma grande experiência acumulada no atendimento às urgências/emergências, também existe uma diversidade de modelos. As principais diferenças nos modelos estão na presença de profissionais com especialidade em emergência nos hospitais e na centralidade do profissional médico ou paramédico para o atendimento pré-hospitalar. No modelo francês, o médico é responsável pelo atendimento pré-hospitalar que é mais resolutivo, já no modelo americano, paramédicos transportam o paciente para os hospitais o mais rápido possível. Na verdade, ainda existem dúvidas sobre qual o melhor modelo de organização dos sistemas de urgência no

mundo, contudo não se contesta a necessidade dessa organização. Embora existam particularidades entre os modelos atuais, todos apresentam, em geral, bons resultados (Scarpelini, 2007). Este é mais um argumento para o SUS investir na reorganização e regulação desses serviços, como proposto na política de urgência.

Como já dito, a Pnau foi uma estratégia de qualificação da assistência às urgências, e o estado do Rio de Janeiro, já privilegiado pelo QualiSUS, abrigou o primeiro Samu regionalizado do país. Entre 2005 e 2006 foram implantados os três Samu do estado que assistem a 75% da população (O´Dwyer, 2009). São Samu metropolitanos: o Samu Rio, para a capital; o Samu Metropolitano I, que atende a dez municípios; e o Samu Metropolitano II, que atende a sete municípios. Esse investimento para a área de urgência ocorreu em um cenário de precariedade da atenção básica. Em pesquisa recente realizada sobre o desempenho dos Samu no estado do Rio de Janeiro (O´Dwyer, 2009) foram evidenciados: a dificuldade de acesso à atenção básica (como para consultas de pré-natal e atendimento a diabéticos); a inoperância das referências hospitalares; e a dificuldade de continuidade de atendimento na atenção básica, uma constatação coerente com a discussão sobre superlotação nas emergências. A precariedade na gestão de recursos humanos esteve implicada com os problemas evidenciados na pesquisa, assim como insuficiências estruturais diversas (O´Dwyer, 2009). Como já abordado, a UPA foi a estratégia escolhida para compensar o déficit na atenção básica para o estado e atualmente existe um real investimento para ampliação da saúde da família.

O desafio é fazer funcionar o SUS com todo seu potencial de qualidade, em particular no Rio de Janeiro, dada sua capacidade instalada e a repercussão para o restante do país (Bittencourt & Hortale, 2007).

Conclusão

A insuficiência do atendimento de especialidades e de investigação diagnóstica gera um grande estrangulamento na assistência que inviabiliza a integralidade e produz uma grande parte das pequenas urgências, compondo o grupo que superlota as emergências e a atenção básica. Outras necessidades, produzidas sob a ótica do paciente e não atendidas principalmente por falta de vínculos estabelecidos na atenção básica, também superlotam as emergências.

Os serviços de emergência programam seu atendimento no sentido de atender urgências e emergências médicas. Recebem uma demanda espontânea de atendimento não emergencial acreditando que estão atendendo a uma demanda que não é sua – do serviço de emergência – e sim da atenção básica.

Cria-se um ambiente desfavorável e eventualmente até hostil para o atendimento demandado pelos indivíduos nos dois principais espaços de assistência no SUS. Na emergência, por esse tipo de atendimento ser considerado 'inadequado', e na atenção básica, por ser menos valorizado do que as demandas programáticas e as ações de prevenção e promoção da saúde.

É preciso reconhecer que o padrão de assistência oferecido dentro da atual rede de serviços do SUS está fragilizado. Existe uma desvalorização velada das necessidades da população atendida e uma perversidade social que acaba por não solucionar problemas como carência de recursos humanos, ausência de diálogo com os trabalhadores, péssimas condições de trabalho e relação profissional/usuário no limite do aceitável.

A não assistência do que é considerado essencial para a saúde da população, a desigualdade social entre quem recebe e quem presta e gerencia os serviços de saúde, a dificuldade, no dia a dia, de exercer o controle social, e mesmo da participação popular no monitoramento das instituições comprometidas com a saúde, são questões complexas e de difícil abordagem. É preciso construir alianças entre os usuários e profissionais de saúde para o enfrentamento dos determinantes sociais de doença, das desvantagens sociais enfrentadas pela população e sua dificuldade de mobilidade social. É a partir dessa aliança que os problemas da assistência prestada pelos serviços de emergência devem ser vistos, com o propósito de aumentar a regulação e direcionar os pacientes depois do acesso a qualquer porta de entrada do SUS. Trata-se do desafio da gestão assistencial com grande integração da rede.

Os interesses dos gestores, profissionais e população têm que ser conciliados na construção de um sistema de saúde estruturalmente compatível com sua missão e sensível às demandas e necessidades da população – as biológicas e as percebidas como sociais. Interesses comuns que rompam com a 'neutralidade secular de exclusão' de muitos e com o 'desentendimento profundo' que ocorre nos serviços do SUS. Essas expressões são fruto de uma pesquisa de campo em um serviço de emergência onde houve descompasso manifesto entre as expectativas e diferentes percepções de urgência dos especialistas e dos pacientes (Giglio-Jacquemot, 2005).

Há necessidade das políticas públicas articularem intervenções mais efetivas já que as vigentes definem a configuração dos territórios sanitários com suas redes hierarquizadas e solidárias (Brasil/MS, 2006a), mas as experiências concretas ainda não praticam a solidariedade. O Pacto objetiva a solidariedade e a cooperação entre os entes federativos para em vez de pactuar 'procedimentos', pactuar 'responsabilidades'.

A ordenação do acesso à rede assistencial de urgência por meio da regulação médica pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência e induzir a reorganização, com aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços (Santos, 2002).

A regulação assim como a organização da rede em níveis com a referência e contrarreferência sugerem (e/ou determinam) que a população compreenda e siga as regras de acesso ao sistema, mas também é necessário flexibilizá-las, criá-las e segui-las com uma lógica mais compatível com os anseios dos usuários.

De forma geral, mesmo em redes normatizadas, com fluxos formais de referência e contrarreferência, a circulação de usuários é obstaculizada por inúmeros procedimentos burocráticos, por competições entre especialidades profissionais e por uma gama de 'sentidos' que a referência e a contrarreferência têm para os profissionais que devem acolher esses usuários e que têm o seu processo de trabalho determinado pelo apelo da

tecnologia e/ou do procedimento e não da necessidade do usuário. Na verdade, os serviços realizam um trabalho solitário e de isolamento dentro da rede já que desconsideram as dificuldades dos outros serviços que se traduzem na não aceitação do paciente sem considerar outros acessos negados. Não há maleabilidade no tratamento dispensado às normas e sim um apego à missão do serviço, que desconsidera outras barreiras e a noção de rede assistencial.

Um modo de organizar a rede de serviços de saúde sugerida é uma reorganização orientada pelo direito ao acesso e pela integralidade: primeiro, os modelos de organização da rede devem levar em conta os territórios da vida social; segundo, deve-se abandonar a ideia de porta de entrada única; terceiro, a proposta da rede regionalizada e hierarquizada só é boa à medida que facilite o atendimento integral das necessidades das pessoas; e quarto, os profissionais devem estar disponíveis para serem portas de entrada (Mattos, 2007).

A inflexível definição de porta de entrada do sistema de saúde pela atenção básica com referência territorial, em vez de promover inclusão, dificulta o acesso aos outros serviços de saúde (Oliveira, 2004). Essa perda de liberdade em relação à busca por assistência contraria princípios democráticos e destitui o usuário de sua identidade de cidadão e de seu papel ativo como agente intencional na defesa de seus interesses e na livre decisão do melhor modo de satisfazer suas necessidades. Não se trata de desconsiderar a relevância da base territorial como referência para o estabelecimento de vínculos profissional/população. O que se defende é que, em relação à demanda espontânea, o sistema deve estar plenamente aberto ao seu acolhimento, seja em que nível e em que serviço for (Oliveira, 2004).

O investimento em políticas de urgência e emergência reflete a necessidade de mudar o atual quadro que gera enorme desgaste dos profissionais e dos usuários. A recente pesquisa de (Carret, Fassa & Domingues, 2009) aponta para a importância do atendimento de pequenas urgências pela atenção básica, o que foi previsto por portaria desde 2002, sendo reforçado pelas recentes portarias que condicionam os projetos das UPAs à expansão do Samu e PSF, integrando a atenção às urgências.

Mas além das normatizações necessárias para as mudanças, ações políticas e éticas são necessárias para a transformação das práticas nos serviços. Deve haver solidariedade entre os gestores municipais e estaduais, entre os gestores dos serviços de emergência e da atenção básica e entre os médicos do Samu e reguladores médicos, que são os responsáveis sanitários pela integração da rede assistencial. Solidariedade entre profissionais e entre eles e a população. Os usuários devem usufruir realmente dos seus direitos de cidadãos.

O que está em jogo é a definição do que é responsabilidade de cada serviço e de cada profissional diante das diferentes demandas. Na saúde, a responsabilidade é tensionada pela crescente demanda gerada pelo conhecimento biomédico (demanda construída em torno do complexo industrial da saúde exigindo sempre a oferta de mais serviços e mais diferenciada) e por questões mais amplas que interferem na saúde (como a violência) e que exigem uma posição política da sociedade para seu enfrentamento.

O enfrentamento político do que é demanda por atenção médica nessa complexa ordem social médica não será objeto de maior reflexão neste capítulo, mas foi citado para

reforçar que as práticas nos serviços de saúde precisam ser qualificadas como um imperativo ético de um SUS legitimado por ser equitativo, universal e integral.

A legitimação e a sustentabilidade política do SUS surgem a partir da confiança do usuário nos seus serviços; confiança que precisa de experiências positivas para ser construída.

Referências

ABDALLAT, A. M.; AL-SMADI, I. & ABBADI, M. D. Who uses the emergency room services? *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6(5): 1.126-1.129, 2000.

ALMEIDA, C. & TRAVASSOS, C. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, 30(1): 129-162, 2000.

ALMEIDA, E. C. *Humanização e Políticas de Saúde: um estudo sobre o usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher*, 2005. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3): 615-626, 2007.

BAREMBLITT, G. Conflitos e malestares na prática hospitalar. *Portal Humaniza*. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=36>. Acesso em: 8 nov. 2006.

BETTS, J. Considerações sobre o que é humano e o que humanizar. *Portal Humaniza*. Disponível em: <www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>. Acesso em: 8 nov. 2006.

BITTENCOURT, R. J. & HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 929-934, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.048, de 05 nov. 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863, de 29 set. 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 out. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.864, de 29 set. 2003. Institui o Componente pré-hospitalar móvel da Pnau – o Samu. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 out. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.072, de 30 out. 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 out. 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.657, de 16 dez. 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 dez. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Investimento na Qualificação do SUS – QualiSUS*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 fev. 2006. Diretrizes do Pacto pela Saúde – Consolidação do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 fev. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.125, de 7 dez. 2006. Institui o QualiSUS –Urgência. *Diário Oficial da União*, Brasília, 08 dez. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulação Médica das Urgências: normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2922, de 2 dez. 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 dez. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.971, 8 dez. 2008. Institui o veículo motocicleta – motolância. *Diário Oficial da União*, Brasília, 09 dez. 2008b.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E. E. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, P. C. C. *'Peregrinação' no Sistema Único de Saúde: experiência da sala de acolhimento na porta de entrada hospitalar*, 2006. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G. & DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1): 7-28, 2009.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.

COLEMAN, P.; IRONS, R. & NICHOLL, J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency Medicine Journal*, 18: 482-487, 2001.

CORTES, S. Superlativo de acertos. *O Globo*, Rio de Janeiro, 23 mar. 2009. Opinião, p. 7.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U. & HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6): 1.405-1.414, 2007.

DALE, J. & GREEN, J. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *BMJ*, 12(311): 423-426, 1995.

DERLET, R. W. & NISHIO, D. A. Refusing care to patients who present to an emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 19(3), supl.: 262-267, 1990.

DESLANDES, S. F. O cuidado humanizado como valor e *ethos* da prática em saúde. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

DONG, S. L. *et al*. Predictive validity of a computerized emergency triage tool. *Academic Emergency Medicine*, 14(1): 16-21, 2007.

FAJARDO-ORTIZ, G. & RAMIREZ-FERNÁNDEZ, F. A. Utilización del servicio de urgências em um hospital de especialidades. *Cirurgía y Cirujanos*, 68: 164-168, 2000.

GEORGE, S.; READ, S. & WESTLAKE, L. Differences in priorities assigned to patients by triage nurses and by consultant physicians in accident and emergency departments. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47(4): 312-315, 1993.

GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GILL, J. M. & REESE, C. L. Disagreement among health care professionals about urgent care needs of emergency. *Annals of Emergency Medicine*, 28(5): 474-479, 1996.

GILL, J. M. & RILLEY, A. W. Nonurgent use of hospital emergency departments; urgency from patient´s perspective. *The Journal of Family Practice*, 42(5): 491-496, 1996.

GREEN, J. & DALE, J. Primary care in accident and emergency and general practice; a comparison. *Social Science & Medicine*, 35(8): 987-995, 1992.

HARTZ, Z. M. A & CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, 20, supl. 2: 5.331-5.336, 2004.

HOLLANDER, J. E. & PINES, J. M. The emergency department crowding paradox: the longer you stay, the less care you get. *Annals of Emergency Medicine*, 50(5): 497-499, 2007.

HOTVEDT, R. *et. al*. How urgent are emergency admissions? An evaluation of emergency admission to general hospitals in a Norwegian county. *International Journal of Technology Assesment in Health Care*, 15(4): 699-708, 1999.

JACOBS, P. C. & MATOS, E. P. Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência em Salvador – Bahia. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51(6): 348-353, 2005.

KALEMOGLU, M.; KESKIN, O. & DEMIRBAS, S. *et al*. Non-urgent patients in an emergency medical service. *Revista Médica de Chile*, 132: 1.085-1.087, 2004.

KRAKAU, I. & HASSLER, E. Provision for clinic patients in the ED produces more nonemergency visits. *American Journal of Emergency Medicine*, 17(1): 18-20, 1999.

LEE, A.; LAU, F. L. & HAZELETT, C. B. Factors associated with non-urgent utilization of accident and emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 51(7): 1.075-1.085, 2000.

LEE, A. *et al*. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *Hong Kong Medical Journal*, 7(2): 131-138, 2001.

LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O Mundo da Saúde*, 28(2): 160-171, 2004.

LUZ, M. T. *Ordem Social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil: textos reunidos*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado, papel e relações entre Poderes na saúde: duas ou três coisas que sabemos disso. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R. & GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2005.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/Uerj, Abrasco, 2007.

McGUGAN, E. A. & MORRISON, W. Primary care or A & E? A study of patients redirect from accident & emergency departments. *Scottish Medical Journal*, 45(5): 144-147, 2000.

MOURA, I. R. *Avaliação da Organização Assistencial das Unidades Hospitalares de Pronto Atendimento no Município de Goiânia, Adotando como Referência a Política Nacional de Atenção às Urgências*, 2004. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Oficinas de humanização: fundamentação teórica e descrição de uma experiência com um grupo de profissionais da saúde. *In*: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

O´DWYER, G. *O Princípio da Integralidade e o SAMU*, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

O´DWYER, G.; MATTA, I. E. A. & PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5): 1.637-1.648, 2008.

OLIVEIRA, L. H. *Cidadãos Peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Uma análise a partir*

de usuários do SUS no município de Juiz de Fora, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro.

PINHEIRO, R. As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2001.

PORTO, S. M.; SANTOS, I. S. & UGÁ, A. D. A utilização de serviços de saúde por sistemas de financiamento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 895-910, 2006.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al*. Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – Pnad 2003. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 1.011-1.022, 2006.

RUGER, J. P.; RICHTER, C. J. & LEWIS, L. M. Clinical and economic factors associated with ambulance use to the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 13(8): 879-885, 2006.

SANTOS, J. S. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da unidade de emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. *Medicina*, 35: 403- 418, 2002.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. *Medicina*, 40(3): 315-320, 2007.

SHAH, N. M. & SHAH, M. A. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Social Science & Medicine*, 42(9): 1.313-1.323, 1996.

SOARES, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7): 1.565-1.572, 2007.

TANNEBAUM, R. D. & ARNAOLD, J. L. Emergency medicine in southern Brazil. *Annals of Emergency Medicine*, 37(2), supl.: 223-228, 2001.

TRAVASSOS, C. & VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1): 133-149, 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. & MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1): 80-88, 2004.

VIANA, A. L. D.; FARIA, R. & PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação como novas práticas? *In*: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Abrasco, 2006.

WALT, G. *Health Policy: an introduction to process and power*. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1994.

Trabalho, Sofrimento e Crise nos Hospitais de Emergência do Rio de Janeiro

12

Marilene de Castilho Sá
Creuza da Silva Azevedo

Os hospitais públicos de emergência das grandes cidades, e especialmente no município do Rio de Janeiro, sofrem, por um lado, as consequências da dificuldade de constituição e coordenação de uma rede pública de serviços de saúde que garanta o acesso a todos os níveis de assistência e, por outro, os efeitos dos processos de exclusão social, de violência e de banalização da vida e do sofrimento alheios que se intensificam em nossa sociedade (Sá & Azevedo, 2002). Em um contexto social de insegurança e de despedaçamento das antigas redes de solidariedade (Bauman, 1998), de banalização das injustiças sociais (Dejours, 1999a), de conformismo gritante, os hospitais se deparam com a superlotação e extrema precariedade das condições trabalho, fonte de sofrimento para os pacientes e para os profissionais. Tal contexto mostra-se, a princípio, adverso à construção de projetos coletivos, à solidariedade e ao cuidado com a vida.

O presente capítulo procura analisar a dinâmica de funcionamento dos hospitais de emergência, particularmente sob a ótica do trabalho assistencial e gerencial, a partir de uma perspectiva teórica que busca articular a psicossociologia francesa, especialmente através das contribuições de Eugène Enriquez para compreensão dos processos organizacionais (1997a, 1997b), a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais, particularmente a leitura de René Kaës (1989, 1991, 1997), e a psicodinâmica do trabalho, na perspectiva de Cristophe Dejours (1994, 1999a, 1999b, 2004).

A organização é considerada, nesta visão, uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação e na qual se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para manifestação de paixões presididas pelo amor e também pela violência (Enriquez, 1997a, 1997b).

O fenômeno organizacional passa a ser por nós tratado a partir da dimensão imaginária, intersubjetiva e grupal (Enriquez, 1997a). Para compreender a organização, é necessário então admiti-la como fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando uma outra cena: a do inconsciente e do imaginário.

Na perspectiva psicossociológica, a organização é um sistema cultural, simbólico e imaginário, no qual se destacam o papel do sujeito e dos processos grupais. Toda organização dispõe de um sistema de normas e valores, procurando levar seus membros a certo modo de apreensão do mundo e de orientação de suas ações. Tal processo encontra equivalência, do ponto de vista psíquico, em imagens compartilhadas pelos sujeitos sobre as organizações às quais pertencem, conformando um imaginário social mais ou menos interiorizado pelos seus membros. Assim, a organização e o trabalho adquirem sentido para os indivíduos não somente por seus imaginários individuais, mas também por uma dinâmica psicossocial e pela conformação de um imaginário social.

A abordagem de Kaës (1989) sobre os processos intersubjetivos e grupais nos possibilita o exame das formações intermediárias e dos espaços comuns da realidade psíquica – expressos através de pactos e contratos inconscientes – fomentados, produzidos e gerenciados pela organização a partir das contribuições e dos investimentos que ela exige dos trabalhadores, reforçando, em cada um deles, alguns processos ou alguma estruturas dos quais eles tiram um benefício tão importante que torna a ligação que os mantêm juntos decisiva para suas vidas psíquicas. O conceito de "alianças inconscientes" é particularmente importante para entendermos, por exemplo, os processos de "cegueira" de muitos profissionais de saúde no que diz respeito à adversidade de suas condições de trabalho ou mesmo aos processos de banalização do sofrimento humano (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008). Acreditamos que tal conceito contribua igualmente para a compreensão de determinadas modalidades de vínculo que ligam os trabalhadores à organização e ao seu trabalho porque, segundo Kaës, para se associar em grupo, os homens não só se identificam entre si, como também por meio de um acordo inconsciente deixam de dar atenção a determinadas coisas (que serão recalcadas, rejeitadas, abolidas, apagadas...) em defesa de seu vínculo e do grupo que o contém (Kaës, 1997).

A psicodinâmica do trabalho, abordagem desenvolvida por Christophe Dejours (Dejours, 1999a, 1999b, 2004) volta-se para a análise da relação entre trabalho, prazer e sofrimento psíquico e das estratégias de defesa dos trabalhadores contra o sofrimento. O trabalho em saúde apresenta muitas fontes de sofrimento (Silva, 1994; Pitta, 1999), que adquirem especificidade nos hospitais de emergência, com consequências em geral negativas sobre a qualidade do cuidado (Sá, 2005).

São várias as defesas individuais e coletivas encontradas pelos trabalhadores para minimizar o sofrimento. Essas estratégias de defesa têm um papel paradoxal: não apenas evitam que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam, mas têm um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão. Em contrapartida, essas defesas também

> podem funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético [experimentado pelo sujeito por infligir a outrem um sofrimento por causa de seu trabalho] e não mais apenas psíquico. (Dejours, 1999a: 36)

Nesse sentido, entendemos que podem representar sérios limites ao cuidado em saúde, pois, ao permitirem uma "eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer" (Dejours, 1994: 128), podem igualmente levar à negação da vulnerabilidade do outro, particularmente no caso de serviços de saúde, produzindo indiferença pelo sofrimento alheio, descuidos, apatia e, por vezes, falta de responsabilidade. Neste contexto, são possíveis a produção de representações psíquicas sobre a população capazes de dar origem a, por vezes, "uma estranheza radical em relação ao outro, destituído até mesmo de qualquer traço de humanidade" (Sá, 2005: 283).

Uma outra contribuição importante da abordagem da psicodinâmica do trabalho diz respeito à dinâmica do reconhecimento**.** A possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa pelo reconhecimento, compreendido como gratidão pelas contribuições proporcionadas pelos trabalhadores à realização do trabalho e também como constatação de suas contribuições à organização, sem as quais a organização do trabalho prescrito não chegaria a bom termo (Dejours, 2004). Entendemos que a dinâmica do reconhecimento também seja um importante condicionante dos vínculos que o trabalhador estabelece com o seu trabalho e com a organização onde se insere.

A partir dessas perspectivas teóricas, procuramos discutir neste capítulo os efeitos do que denominamos "enormidade da demanda" (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008), que bate à porta de um hospital de emergência no Rio de Janeiro, e o desamparo que ali se verifica, como também o imaginário organizacional e os processos de trabalho envolvidos no serviço de emergência e na gestão do hospital, seus dilemas, suas fontes de sofrimento e suas consequências sobre a qualidade do cuidado (Sá, 2005; Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008). Por fim, tratamos os limites e as possibilidades que o contexto de 'crise' – simultaneamente aguda e crônica, vivida nos hospitais de emergência do município do Rio de Janeiro –, o domínio da urgência e o imaginário que aí se origina (Azevedo, 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007) trazem para a gestão e para a aposta na mudança organizacional.

Duas pesquisas, que originaram duas teses de doutorado, embasam este capítulo e sua estruturação. Sá (2005) desenvolveu, entre 2002 e 2004, um estudo de caso voltado para o exame dos limites e das possibilidades da solidariedade, da cooperação e do cuidado em um hospital de emergência vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ), localizado no município do Rio de Janeiro. Azevedo (2005) realizou, através da narrativa de diretores de hospitais públicos com emergência, das esferas federal, estadual e municipal, também no município do Rio de Janeiro, uma análise da prática gerencial nos anos de 2003 e 2004. A despeito da diferença entre as estratégias de pesquisa e a natureza do material empírico analisado, os dois estudos adotaram o mesmo referencial teórico, referem-se a hospitais com a mesma missão, localizados no mesmo município, no mesmo período, tendo testemunhado um momento de agudização da crise na assistência hospitalar pública no Rio de Janeiro.

Filas e Macas nos Corredores: o desamparo em um hospital de emergência da rede pública de saúde do Rio de Janeiro

O hospital ao qual nos referiremos neste capítulo é um hospital geral, da rede da SES/RJ, com serviço de emergência 24 horas e um serviço de pronto-atendimento (SPA) funcionando 12 horas por dia. Possuía, na época da pesquisa (Sá, 2005), 198 leitos e está localizado no município do Rio de Janeiro, sendo o único hospital geral com emergência em sua área programática, responsável por uma população de, aproximadamente, 1 milhão e 200 mil habitantes.

A despeito da melhoria de suas condições tecnológicas e materiais, comparativamente a um passado de extrema dramaticidade, o hospital ainda passa[1] por imensas dificuldades – como a baixa autonomia gerencial, o desabastecimento e a interrupção da prestação de serviços – devidas, por um lado, a atrasos no pagamento a fornecedores e prestadores de serviços responsáveis por funções essenciais como limpeza, vigilância e alimentação, e por outro, a atrasos no pagamento de servidores, à inexistência ou inadequação de planos de cargos e salários e à contratação de profissionais em bases precárias. Esses problemas, aliados à desarticulação entre as unidades públicas de saúde e ao precário funcionamento da rede básica, resultam nas invariáveis filas e aglomerações diárias, aparentemente irredutíveis, nas suas portas de entrada e em seus corredores, numa situação em que o sofrimento e o desamparo são a tônica.

A confusão das aglomerações e filas é intensificada pelas características da planta, com espaço físico insuficiente para a demanda e inadequadamente dividido, e pela deficiente sinalização, tornando confusos e problemáticos os fluxos de pessoas e materiais, com prejuízos para o bem-estar de pacientes e trabalhadores (Sá, 2005). Há uma sensação entre os profissionais de um permanente descontrole, de uma invasão: "Isto é a casa da mãe Joana!" (Enfermeira reclamando da aglomeração de pessoas no corredor).

Tanto o serviço de emergência quanto o SPA contam com um único portão de entrada. Esse mesmo portão dá acesso a veículos em geral. Além disso, ele é via para o almoxarifado e o necrotério. Assim, por ali, entram e saem diariamente pacientes, acompanhantes, visitantes, funcionários, moradores de rua – que vêm buscar abrigo nos bancos e nas cadeiras da espera da emergência e utilizar seus banheiros –, bombeiros, policiais, e fornecedores em geral, e é por ali também, pelo pátio onde os pacientes aguardam por atendimento, que passam os cadáveres, transportados das enfermarias ou da emergência para o necrotério.

A fila se estende pelo pátio, com os pacientes no sol ou na chuva, às vezes ultrapassando os limites do portão do hospital. A aglomeração de pessoas que esperam a triagem geralmente torna difíceis a circulação e o trabalho das recepcionistas, cuja função é orientar

---

[1] Embora a situação do hospital aqui relatada se refira ao observado na época da pesquisa (entre os anos de 2002 e 2004), optamos por manter os verbos no presente do indicativo por entendermos que o contexto e as situações narradas ainda podem ser considerados exemplares da realidade da maioria dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, independentemente de eventuais mudanças que possam ter ocorrido particularmente no hospital estudado.

os pacientes que chegam e auxiliar a enfermagem na identificação mais rápida das urgências/emergências. A sensação que se tem, muitas vezes, é que a demanda 'transborda', ultrapassando em muito a capacidade de atendimento.

À precariedade e à insuficiência das instalações físicas e dos recursos do hospital somam-se a miséria e a precariedade de grande parte da população que ali vem buscar atendimento.

O espaço destinado ao registro de pacientes, no SPA, parece ser representativo das vivências de ameaça dos profissionais com relação à população e, em contrapartida e paradoxalmente, das humilhações e violências simbólicas cotidianas a que a população costuma ser submetida nos serviços públicos aos quais recorre. É um pequeno espaço, que se volta através de um guichê para a varanda do SPA. Ali, sentam-se dois funcionários, separados da população por placas de vidro. Para a comunicação entre os funcionários e os pacientes só existem duas aberturas pequenas, circulares, no vidro, uma para cada funcionário. Essas aberturas ficam, no entanto, muito acima das cabeças dos pacientes. Assim, os funcionários nem sempre escutam bem o que dizem os pacientes e vice-versa. Por sua vez, os pacientes mais baixos têm de se curvar sobre o guichê para falar através da fresta que existe entre o balcão e o vidro, por onde passam os boletins de atendimento e outros documentos. No setor de registro da emergência, a mesma estrutura de vidros separa os funcionários do público.

O balcão da recepção da emergência não tem vidros. Ali ficam funcionários contratados pelo Projeto de Humanização da Porta de Entrada: um assistente social, uma recepcionista e uma recepcionista volante – esta última encarregada de fazer o trânsito, a comunicação entre familiares que aguardam na recepção, os pacientes internados na emergência e os médicos. Em uma das observações, uma recepcionista convidou a pesquisadora a passar para o lado de dentro do balcão da recepção, comentando: "Assim, você fica fora do tiroteio. Isto aqui está uma guerra civil!".

Além do contato cotidiano com pacientes que chegam com problemas graves e das pressões de muitos pelo atendimento imediato, os recepcionistas também têm de lidar com o sofrimento e a angústia dos que buscam notícias de parentes internados, ou dos que aguardam, muitas horas até, a chance de vê-los. É grande a resistência de alguns médicos e de parte da enfermagem em permitir as visitas.

Ao ultrapassar a porta que separa a recepção da emergência de suas salas, chega-se a um *hall*, onde quase sempre se encontram macas com pacientes com quadros leves – tomando soro ou alguma medicação e aguardando avaliação. Nesse espaço, também é comum pacientes considerados 'casos sociais' (população de rua, desnutridos, desidratados, alcoólatras etc), com os quais o hospital parece manter uma conduta ambivalente, porque não chegam a ser internados formalmente, mas demandam algum tipo de cuidado, incluindo alimentação.

Os pacientes tuberculosos contribuem também, com algum tipo de agravamento de seu quadro clínico, com a superlotação na emergência. O hospital não consegue transferi-los facilmente para os serviços especializados. Tornando o cenário quase dantesco, a

emergência do hospital possui apenas um leito de isolamento e são frequentes as queixas de profissionais a respeito da permanência, nos corredores da emergência e na sala de repouso, de pacientes tuberculosos "multidroga-resistentes".

Ao final do *hall* de entrada, tem-se acesso a dois consultórios: um de pediatria e um de clínica geral. Este espaço é denominado pelos profissionais "pronto-socorro", e é destinado aos pacientes considerados pela triagem como mais urgentes e que não poderiam esperar pela consulta no SPA. Em geral, há sempre uma fila de cinco ou seis pacientes na porta do consultório de clínica médica, e não há, no entanto, nenhum banco ou nenhuma cadeira onde possam se sentar. Os mais graves ou debilitados aguardam em cadeiras de rodas, ou até sentados no chão, quando as cadeiras são insuficientes para a demanda. A porta da sala ortopedia, logo a seguir, também é um local onde é comum observar pacientes aguardando o atendimento, também em pé.

Cada uma das salas da emergência – emergência pediátrica, 'grande emergência' (GE), para emergências clínicas, e sala de trauma ou 'politrauma' – comportaria, com razoáveis condições de trabalho, em torno de seis a oito leitos. No entanto, estão invariavelmente superlotadas, especialmente a GE, com macas entre os leitos e encostadas à parede, obstruindo o espaço de circulação, e 'transbordando' para fora da sala, acumulando-se ao longo de todo o corredor. São macas com pacientes gemendo ou parecendo padecer de falta de cuidado, alguns às vezes sem um lençol a lhes cobrir ou um cobertor nos dias de frio, alguns de fralda, idosos, com cheiro de urina. Segundo um médico, "(...) são jogados numa maca sem coberta, comem sem talher, como bichos, tendo que cortar a carne com os dentes".[2] Segundo ele, a situação da população é tão adversa que aceitam aquela comida e buscam abrigo no hospital: "Vão ficando por aqui".

A miséria generalizada da população vem, assim, 'desembocar' na emergência do hospital e, associando-se às insuficiências do próprio serviço e da rede pública em geral, produz um cenário bastante duro de ser visto. Em dias de superlotação muito acima da média (porque a superlotação é uma constante), podem-se contar mais de vinte macas ao longo dos corredores, além das que ficam espremidas entre os leitos da sala de 'politrauma' e da sala da GE.

Em um dos plantões, a recepcionista volante comentou que a emergência estava tão lotada que havia "corredor A, corredor B e corredor C". Referia-se à forma como a enfermagem havia 'organizado' as macas nos corredores – à direita, à esquerda e à frente do posto de enfermagem – para facilitar a localização e a organização do processo de trabalho: quanto mais grave, mais próximo do posto de enfermagem.

O corredor é estreito, e com o intenso movimento as pessoas passam bem próximas às macas, aparentemente indiferentes aos gritos, às lamúrias, aos gemidos e acenos dos pacientes. É como se os pacientes adquirissem certa invisibilidade.

> Esse negócio de solidariedade é difícil... Você já viu esse pessoal aí largado nas macas no corredor? Ninguém olha para a sua cara! Você chama e ninguém atende... São

[2] O fornecimento de refeições na emergência é feito em embalagens de alumínio – 'quentinhas' – com apenas uma colher.

tratados como lixo humano. Hoje passei por ali e fiquei imaginando: e se fosse eu, largada ali, sem ninguém para socorrer? (Depoimento de uma médica, ao ser informada sobre os objetivos da pesquisa)

De todo o cenário da emergência e do SPA, sobressaem a aflição e a angústia dos que esperam por atendimento – sem a certeza de que vão obtê-lo ou de quando vão obtê-lo –, a angústia dos que esperam por notícias de seus parentes ou amigos atendidos, a angústia e sofrimento dos profissionais, impotentes, na maioria das vezes, para dar conta de uma demanda muito além da capacidade de atendimento do hospital – demanda de uma população que busca, no hospital, muito mais do que a prestação de um serviço de saúde (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008); uma população cuja precariedade das vidas e desamparo muitas vezes têm a forma de sujeira, mau cheiro, maus-tratos, fome, feiura, tristeza, passividade e também agressividade.

Trata-se de um cenário bastante desfavorável à mobilização, entre os profissionais, de atitudes de cooperação, de solidariedade e de cuidado com os pacientes. Dificilmente, neste cenário, são possíveis processos identificatórios[3] entre os profissionais de saúde e a população atendida, o que impede que os primeiros reconheçam, por meio da precariedade e sofrimento dos pacientes, sua própria precariedade e sofrimento, o que favoreceria, como observaria Birman (2000), o laço fraterno. Nesse cenário, importantes estratégias de defesa (Dejours, 1999a) são geradas para fazer face ao sofrimento que o trabalho na emergência e no SPA provoca (Sá, 2005) e têm consequências, a maioria negativas, para as possibilidades de cooperação, solidariedade e c uidado com o outro, bem como para o vínculo que liga os profissionais ao hospital e seu trabalho.

Carência Crônica e Incerteza Cíclica: do hospital das insuficiências e do que é possível ao hospital da precariedade, da impotência, do descuido e do descaso

O exame do imaginário sobre o hospital estudado – representações inconscientes, fantasias, desejos, ilusões, expressos em metáforas, imagens e significações compartilhadas pelos sujeitos na organização (Sá, 2005) – revela elementos que remetem à imagem de um hospital marcado pela insuficiência ou carência 'crônica' de recursos e pela incerteza com relação à regularidade de sua provisão ou da prestação dos serviços.

[3] A partir da abordagem psicanalítica sobre a identificação, podemos refletir sobre os limites e as possibilidades do olhar sobre o outro e do cuidado com o outro nos serviços de saúde. Referimo-nos aqui à formulação freudiana do conceito de identificação, "(...) a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa" (Freud, 1976: 133), processo central a partir do qual o sujeito – produto de múltiplas identificações – se constitui e se transforma (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 1986). Tal conceito na obra freudiana é, sem dúvida, um campo ainda a ser muito explorado, mas destacamos aqui sua importância para pensarmos os limites e as possibilidades da identificação entre profissionais de saúde e população atendidas nos serviço. Para que tal processo se dê, é preciso que haja o reconhecimento, no outro, de algo de si.

Essas imagens emergem do conjunto dos depoimentos dos profissionais entrevistados, a partir do reconhecimento de alguns problemas 'estruturais', como a insuficiência e a inadequação do espaço físico, ou ainda a falta de pessoal, especialmente de algumas especialidades médicas, e de determinados equipamentos e recursos de diagnóstico e terapia.

Esse hospital das carências crônicas é, assim, para muitos profissionais, o hospital do "básico", do que "dá para fazer", como o definiu um cardiologista, ou o hospital do "apesar de tudo, dá para fazer alguma coisa". Como avalia um dos cirurgiões, é o "hospital do possível", do que é possível diante de insuficiências e adversidades. Em outras falas, no entanto, a imagem do "hospital do possível" parece ganhar tons de uma resignação ou acomodação, uma incapacidade de crítica do presente e de formulação de um projeto para o hospital (ou incapacidade de desejar), como se pode perceber na fala de uma pediatra: "Acho que aqui não tem muito desafio não. Acho que o básico a gente faz direitinho. (...) às vezes a gente dá alta e eles não querem ter alta até porque comem aqui direitinho". Para a médica, as insuficiências, precariedades e impossibilidades do hospital parecem perder importância face à situação de extrema carência do "povão" ali atendido, para quem, a seu ver, o atendimento "básico", "feito direitinho", e a comida regularmente oferecida é o que basta.

De todo modo, os discursos de 'minimização' ou negação das insuficiências são facilmente minados por uma situação de carência que parece crônica, que se 'desloca' ou 'desliza' de determinados componentes da assistência hospitalar para outros – como disse uma das auxiliares de enfermagem, "sempre tem uma precariedadezinha (...) quando não é no material é na medicação, quando não é isso, é o profissional que está faltando (...)" – e que se acumula, irremediavelmente. A fala de outra auxiliar de enfermagem é exemplar desse processo: "Aqui não é muito incompleto, não. Faltam pouquinhas coisas. São poucas coisas, mas aí vai se tornando grande, grande, grande...".

Outro elemento bastante frequente no cotidiano dos serviços públicos de saúde e que parece ser, igualmente, fonte de sofrimento para os funcionários do hospital estudado é a incerteza quanto às condições de trabalho, quanto à continuidade de projetos e do próprio funcionamento do hospital. São recorrentes as interrupções no abastecimento, a não reposição de estoques, a interrupção ou atraso no pagamento de contratos de prestação de serviços básicos, como manutenção de equipamentos, alimentação, limpeza, segurança, obras, e também os atrasos no pagamento de servidores e prestadores de serviços.

Nesse sentido, uma auxiliar de enfermagem faz a seguinte observação sobre o Centro de Terapia Intensiva (CTI) que seria construído: "Vão fazer agora essa U.I. aqui, também. Não sei se vai funcionar, mas que já teve um projeto[4] (...) o CTI era aqui. O projeto foi pra isso, mas não fizeram! Para, né? Sempre tem alguma coisa que para". Do mesmo modo, observa um antigo pediatra do hospital: "(...) eu espero que esta inauguração do CTI não seja uma bomba de efeito retardado, no sentido de você ter o CTI e não ter profissional (...)".

[4] Refere-se a uma obra realizada às pressas, por uma das administrações anteriores. O CTI não chegou a funcionar porque, segundo depoimento de outra enfermeira, "esqueceram-se" de construir uma área para expurgo, banheiro e sala para médicos.

Assim, à carência crônica dos serviços públicos de saúde soma-se a incerteza cíclica ("sempre tem alguma coisa que para..."), que igualmente assombra tais serviços, compondo o quadro de precariedade e desamparo do hospital estudado (Sá, 2005).

Ao longo da pesquisa, houve pelo menos dois períodos em que o pagamento dos salários dos chamados 'prestadores de serviço' – trabalhadores sem qualquer vínculo trabalhista com o hospital – sofreu um atraso de cerca de três meses. Logo no início da pesquisa, o hospital sofria, quase simultaneamente, com a interrupção do fornecimento de alimentação para pacientes e funcionários, dos serviços de vigilância e também de limpeza. Em todos os casos, tais problemas ocorreram devido ao atraso no pagamento dos fornecedores/prestadores, pela SES/RJ. O endoscópio estava quebrado havia mais de dois meses. O tomógrafo, tão ansiosamente aguardado, havia sido adquirido ainda no primeiro semestre de 2002. Levou vários meses para ser entregue e, depois de entregue, outros muitos meses para ser instalado, na dependência de obras para adequação das instalações. Só começou a funcionar, de fato, quase dois anos depois, no início de 2004.

Mesmo diante da insuficiência de suas condições físicas, materiais e tecnológicas, o hospital tem sido, para muitos funcionários, fonte de proteção e amparo, tanto do ponto de vista material quanto psíquico. Com os salários aviltados, sem plano de carreira, e mesmo, no caso dos prestadores de serviço, sem quaisquer direitos trabalhistas, é no hospital que muitos funcionários se tratam e a seus parentes também. É o hospital, para muitos deles, a única possibilidade de acesso à assistência médica. Do mesmo modo, no contexto social de desvalorização do trabalho, de individualismo e competição crescentes, de corporativismo, que segrega os trabalhadores em suas respectivas categorias, é o hospital o espaço imaginário – 'família', 'casa', 'colo materno' – onde ainda julgam encontrar o amparo, a solidariedade e a cooperação que a crescente precarização dos vínculos sociais e de trabalho lhes nega cotidianamente. Esta perspectiva fica bem representada na fala de uma das enfermeiras: "Nós, funcionários, não temos plano de saúde. Temos o Silva D'Or!".[5]

A precariedade da situação dos funcionários se funde e se confunde, assim, à precariedade da situação do hospital e à precariedade da população ali atendida. Nessas circunstâncias, são muito frequentes, entre os profissionais, alusões ao hospital como "a nossa casa", "casão", ou como "uma família", ou ainda a referência às figuras parentais – "O João Silva é o pai de todos", "é uma mãe". Essas metáforas configuram um imaginário organizacional de potência, proteção e segurança que cumpre, na economia psíquica daqueles trabalhadores em sua relação com o hospital e com os colegas, uma função de defesa contra o desamparo, a impotência, a vivência de fragmentação/despedaçamento que a vida nas organizações – e particularmente naquele hospital – provoca.

Assim, em alguns depoimentos, as imagens do hospital das insuficiências e da precariedade parecem conviver, lado a lado, com as imagens de um hospital que protege, acolhe e cuida de seus funcionários, como um pai, uma mãe, uma família.

---

[5] Utilizamos o nome fictício 'João Silva' para denominar o hospital. Há aqui uma alusão irônica a uma famosa rede de hospitais privados do Rio de Janeiro.

Todavia, tais imagens cedem lugar, ainda que em poucos depoimentos, a um conjunto mais consistente de representações e metáforas que remetem à impotência, ao imobilismo, ao "nada a fazer", à impossibilidade de mudança diante dos muitos problemas vividos pelo hospital. Um antigo pediatra, a despeito de dedicar muitas horas de trabalho ao hospital, incluindo funções não remuneradas de coordenação e assessoria à direção, utiliza-se repetidamente da imagem de uma "estrutura arcaica e viciada" para se referir à impossibilidade de mudar a realidade do hospital.

Especialmente marcante é a entrevista de uma médica, ortopedista, que parece estar totalmente tomada pelo imaginário da precariedade, da impotência, do descuido e do caos, incapaz de reconhecer qualquer aspecto positivo no funcionamento do hospital.

> (...) amanhã eu passo visita aqui sozinha em 50 pacientes. Você acha que dá? Já falei com a Direção, já falei com o CRM, já falei com o sindicato... Sabe o que é que foi feito? Nada. Absolutamente nada. E que motivação eu vou ter, para um paciente que eu sei que vai ficar malvisto? Eu não fiz medicina pra isso!

Esse depoimento parece condensar todas as queixas dispersas nos discursos de outros funcionários. "Você não sente vontade de levantar para trabalhar! A maioria das pessoas aqui reza pra acontecer alguma coisa pequena, tipo: torcer um dedo, quebrar um dedinho, pra ficar afastado!". Queixa-se de cancelar cirurgias por falta de lençol, da qualidade da comida servida aos funcionários, dos baixos salários e da sobrecarga de trabalho: "Tem gente hoje sendo operada com dois meses de fratura! É desumano! Você está criando uma fábrica de monstrinhos aleijados!".

Assim, o imaginário de potência do hospital (o hospital que melhorou muito, que ganhou um prêmio, que é 'casa', 'família', que atende bem e que ampara seus funcionários), ou mesmo o imaginário do hospital das "precariedadezinhas", do "no básico da para fazer", "do que é possível", que atravessa a maior parte das falas, se transforma, no discurso dessa ortopedista, em sua antítese.

Tomada por um imaginário de impotência, esta médica não é capaz de reconhecer os dilemas, contradições e paradoxos que marcam a vida nas organizações e o quanto é grande a pressão da demanda em um hospital público de emergência no Rio de Janeiro, que não pode simplesmente "fechar suas portas" sem um elevado custo social, ético e político. Hospitais que vivem, como observou uma recepcionista da emergência, cotidianamente, o dilema entre atender sem condições e não atender por falta de condições: "Se atender é risco, se não atender, também".

De todo modo, o corte abrupto e intenso que sua fala produz no conjunto de depoimentos permite tomá-la como um ícone, uma condensação daquilo que nas várias outras falas é, de fato, negado (o que não pode ser reconhecido): mais do que a impotência ou o caos cotidiano da realidade hospitalar, nega-se o descuido, a indiferença perante a dor, o agravamento do sofrimento, enfim, a produção do mal em um serviço de saúde.

Perante o contexto em que se inserem os serviços públicos de saúde, particularmente os hospitais, atravessados por crises de natureza política, gerencial e assistencial, marcados

pela baixa governabilidade e baixo investimento (Azevedo, 2005, 2010; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007), configura-se, então, um cenário particularmente favorecedor de vivências de desamparo e de desafiliação social (Azevedo, 2010; Carreteiro, 2003), originando um clima de desconfiança e dificuldades de cooperação. Tal contexto dificulta o investimento libidinal dos profissionais no trabalho e da organização, mostrando-se, portanto, adverso à construção de projetos coletivos e à busca de maior responsabilidade institucional (Azevedo, 2005).

Em nossa compreensão (Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007; Azevedo, 2010), as organizações públicas de saúde estão vivendo sob o domínio de um imaginário (Enriquez, 1997a) atravessado pela impotência, pela descrença na possibilidade de mudança, determinando apatia e conformismo e tendo repercussões éticas na relação entre trabalhadores e pacientes. Tal imaginário seria constituído em um contexto de assujeitamento e reconhecimento negativo (Carreteiro, 1993, 2003) – de desvalorização do serviço público e de seus funcionários, de precarização das condições de trabalho, da remuneração e dos vínculos, fruto também do contato cotidiano com a miséria da população, com seu sofrimento social (Carreteiro, 2003) e com o que de irrepresentável se apresenta (Onocko Campos, 2005; Azevedo, 2010). A esse imaginário dominante vêm se contrapondo iniciativas que favorecem a construção de um imaginário da mudança (Azevedo, 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007), de processos voltados para a defesa da vida e para uma nova forma de organização e gestão dos serviços públicos de saúde – buscando maior qualificação da assistência e maior responsabilidade institucional –, movidos pelos valores que desde a década de 1980 têm norteado o chamado 'movimento sanitário'. Tal imaginário, no entanto, mostra-se ainda frágil perante o "domínio da urgência" (Azevedo 2005, 2010) e dos processos de descuido e crise que emergem nos serviços públicos de saúde, particularmente nos hospitais públicos do Rio de Janeiro.

Trabalho e Sofrimento em um Hospital de Emergência da Rede Pública de Saúde do Rio de Janeiro

Junto com o sofrimento das pessoas que buscam atendimento nos hospitais de emergência, as pesquisas também apontam para o sofrimento experimentado pelos trabalhadores e gestores desses hospitais.

Examinamos alguns aspectos da relação entre trabalho, sofrimento (do profissional de saúde) e suas consequências sobre a qualidade do cuidado, a partir da especificidade dos processos de trabalho na porta de entrada do hospital estudado, onde várias são as fontes de sofrimento para os trabalhadores (Sá, 2005), destacando-se:

A Pressão da Demanda e a Pressão para Trabalhar Mal

Uma das principais fontes de sofrimento para os profissionais e trabalhadores de saúde em um hospital de emergência reside na desproporção entre o volume e diversidade da demanda e a disponibilidade de recursos e condições gerais para atendimento. Sofrimento

que resulta não apenas do dilema de ter de decidir entre a urgência e o sofrimento dos pacientes (na medida em que as situações de sofrimento agudo não necessariamente se encaixam nos critérios utilizados para a classificação de urgência/emergência), mas de ter de estabelecer prioridades entre casos muitas vezes igualmente graves e urgentes. O sentimento de impotência e a frustração são constantes.

Os depoimentos revelam não só a ansiedade e o cansaço dos profissionais diante de uma demanda cujo volume ultrapassa sua capacidade de trabalho, mas seu sofrimento pela percepção de estar fazendo um trabalho malfeito, sem tempo para "raciocinar" e ouvir o paciente:

> (...) Hoje chegou uma hora que... eu estava quase entrando em pane, (...) porque os médicos têm uma taxa de quantos eles vão atender, uma taxa determinada (...). E nós somos os bois ladrões. Nós atendemos o quanto chegar. [ênfase]... (Enfermeira da porta de entrada)

A intensidade da pressão para trabalhar mal está representada na metáfora dos 'bois ladrões', utilizada pela enfermeira. Sentem-se, como 'bois ladrões', apanhando, sendo maltratados pelo volume de trabalho e pelo poder corporativo dos médicos que, ao definirem para si próprios um limite de atendimentos, tensionam ainda mais o trabalho da enfermagem, que se vê obrigada a ser mais rigorosa na triagem dos casos que atendem, todavia, sem limite. Atendem "o quanto chegar".

Em um quadro de deficiências tão dramáticas, muitos profissionais se veem tendo de se desdobrar, assumindo inclusive atribuições que extrapolam suas funções. O cansaço, o sentimento de impotência, a desesperança com a falta de recompensa pelo esforço também se destacam: "A gente fica cansada porque se sente trabalhando muito e não vê resultados" (Enfermeira).

Para outros, a pressão para trabalhar mal tem como resultado um sentimento de desvalorização no trabalho, não reconhecimento profissional e, em consequência, depressão: "Tem dias que não tenho vontade de levantar da cama para vir para cá. Como você conciliar tudo que você sabe que deve ser feito e quando você chega aqui, quando você precisa, não tem chão? (...) Nós não estamos podendo fazer nosso trabalho (...)".

A pressão para trabalhar mal também é decorrente da precariedade dos vínculos trabalhistas e dos baixos salários, o que leva os profissionais à acumulação de empregos. A consciência de que tal situação compromete a qualidade do trabalho e a própria qualidade de vida é também uma fonte de sofrimento para muitos e um dos motivos de desilusão com a profissão e/ou o serviço público. Um enfermeiro da porta de entrada, que tem três empregos, um deles fora do município, observa: "Torço para ver minhas filhas acordadas quando chego do trabalho".

Uma médica se mostrou muito insatisfeita e frustrada não só com as condições materiais de trabalho, mas principalmente com o que caracteriza como "falta de compromisso e omissão" dos colegas, que acabavam se tornando para ela também fonte de pressão para trabalhar mal. Sempre insistiu para que os médicos passassem, pelo menos, duas visitas por

dia aos pacientes da GE. No entanto, reconhecia o quanto há resistências e dizia que não adiantava brigar, justificando-se por também acabar se acomodando: "É como a superfície do lago: por cima está calmo. Ninguém quer agitar esta água". Mais adiante, confidenciou: "O próprio médico chefe do plantão me ameaçou de me tirar deste plantão caso eu continuasse criando marola (...). Ninguém quer agitar a superfície, quando tá todo mundo feliz". Nesse depoimento, podemos ver que a pressão para trabalhar mal não é apenas o resultado das contingências que cercam os serviços públicos, mas pode ser consequência da ação deliberada de um trabalhador contra outro (ou de um superior hierárquico).

Como observa Dejours (1999a), a pressão para trabalhar mal ocorre quando, embora sabendo o que deva fazer, o trabalhador "(...) não pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho. Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si (...) prejudicando assim a cooperação etc." (Dejours, 1999a: 31).

A Vida por um Fio: incerteza e não saber como fantasmas constantes

Outra importante fonte de sofrimento para os profissionais em um hospital de emergência é o risco de 'não ver', não identificar e não intervir a tempo em um caso de risco de morte ou que exija intervenção imediata. A situação de superlotação, de filas e de aglomeração constante de pessoas, aliada às deficiências de pessoal e aos problemas de organização e gestão dos processos de trabalho, pode obstruir o olhar sobre a demanda, aumentando a angústia dos profissionais.

O medo de falhar se mantém nas situações concretas, nas quais nem sempre é fácil distinguir entre as 'falhas do sistema' – decorrentes das limitações dos recursos materiais e tecnológicos e do modo como estão organizados e são geridos – e os limites definidos pela experiência, pelo conhecimento, pela competência e, também, pela disposição do profissional.

Além disso, deve-se considerar que a própria natureza dos serviços de emergência, onde "tudo", "qualquer coisa" pode chegar, pode bater à porta, a qualquer hora do dia ou da noite, coloca os profissionais cara a cara com o imprevisto, testando de modo incessante sua capacidade de resposta. A impossibilidade de antecipação ou de controle é constante, gerando angústia perante a incerteza e o desconhecido e perante a falibilidade dos mecanismos e critérios de identificação e priorização dos casos. O não saber se coloca aqui como um fantasma frequente.

Um enfermeiro da porta de entrada conta o caso de um homem que enfartou na fila de espera para o SPA. Lamentava, e de certa forma se culpava, pela lentidão do diagnóstico. Há sempre algo que 'escapa' aos critérios e aos instrumentos de diagnóstico e de priorização.

Para os médicos da emergência, talvez a maior fonte de angústia não seja tanto a possibilidade de não identificar a tempo os casos de risco de morte, mas a possibilidade de intervir com êxito sobre os mesmos, isto é, a possibilidade de evitar a morte. Estar de plantão num pronto-socorro é estar sempre sendo testado, de modo imprevisível, quanto a esta capacidade, é estar sempre, como observou uma médica, "numa certa adrenalina".

Lidando com a Violência

Os serviços de emergência são, sabidamente, atravessados pela violência em suas mais variadas formas. Esta não é uma característica exclusiva do hospital estudado, mas ali também se manifesta intensamente e produz efeitos sobre os profissionais e as possibilidades de cuidado (Sá, 2005). Segundo Deslandes (2002: 24) "(...) a emergência e seus agentes convivem com a violência pelo menos de duas formas evidentes: como demanda de atendimento/trabalho e como forma de relação entre profissionais e clientela".

No primeiro caso, podemos dizer que o fantasma da incerteza, já apontado, volta-se para o próprio profissional, que identifica, na morte ou no risco de morte do paciente atingido pela violência urbana, não só sua total vulnerabilidade e a possibilidade de sua própria morte – questão sempre colocada para qualquer profissional de saúde –, mas a absoluta aleatoriedade desta, razão última de seu desamparo.

A partir de um estudo de Skaba (1997), também podemos concluir que o sentimento de impotência que muitas vezes aflige os profissionais de saúde é exacerbado entre aqueles que atuam na emergência, pela extrema gravidade dos casos e pelo estado de dilaceração dos corpos, produzidos pela violência urbana. A autora observa, no entanto, que apesar de toda a violência e adversidades a que estão expostos, nessa "medicina de guerra", muitos profissionais não pensam em sair desse setor. Trata-se, segundo a autora, de um vício: o "vício da adrenalina".

Em nosso estudo (Sá, 2005), encontramos muitos profissionais com muitos anos de trabalho na emergência e que também gostam do que fazem. Outros não suportam a "adrenalina", metonímia também utilizada por uma das médicas que entrevistamos, e saem logo que podem. Os determinantes dessas escolhas são, certamente, complexos, e passam pelas especificidades que a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho (Dejours, 1999a, 2004) adquire no psiquismo de cada um. Cabe considerar, de todo modo, que esta "medicina de guerra", como toda a guerra, não só produz impotência, mas potência. Na emergência do hospital estudado, os profissionais apresentam imagens tão contraditórias quanto impactantes a respeito de si mesmos e do trabalho que realizam, como: "aqui somos todos pobres coitados", ou "aqui todo mundo é herói". Essa última observação, feita por um médico que contava, com orgulho, como deram conta de atender a 12 policiais militares, baleados numa emboscada, e as vítimas de um acidente de ônibus, que haviam chegado ao hospital praticamente ao mesmo tempo.

Assim, acreditamos que os profissionais da emergência vivem, simultaneamente, a condição de impotentes diante da miséria e violência social e de heróis dessa guerra urbana, mesmo que 'frágeis' heróis – "frágeis salvadores", como a eles se refere Skaba (1997), ou "frágeis deuses", como os denomina Deslandes (2002).

Outro importante modo de manifestação da violência nos hospitais de emergência se refere à relação entre profissionais e população atendida. No hospital estudado (Sá, 2005), são muitos os relatos e queixas a respeito da agressividade da população, incluindo, além de ameaças, casos de agressão física contra os profissionais. A referência

feita por um enfermeiro ao "Projeto Porta de Entrada" como "Projeto Tapa na Cara" metaforiza a situação de exposição à violência em que se encontram os profissionais.

Mesmo em épocas de prestação regular dos serviços de vigilância, a sensação de insegurança no hospital não é desprezível. A pressão da demanda, a superlotação e até a inadequação da planta física são ingredientes do cotidiano do hospital presentes nas situações de ameaças e mesmo de agressões físicas a que estão expostos os profissionais. Ao longo da pesquisa, houve, pelo menos, duas ocasiões em que a Polícia Militar foi chamada para possibilitar que os médicos, sob ameaça da população, saíssem do SPA, que conta apenas com uma única porta de entrada e saída. Uma assistente social também conta que já quiseram linchar um médico. Uma médica fala, com alívio, ter conseguido sair da emergência, onde se achava mais exposta à agressividade da população, e estar trabalhando na enfermaria.

Na tentativa de compreensão da dinâmica da violência no hospital estudado, obtivemos uma certa 'cartografia' de sua forma de manifestação e de sua intensidade, cujos 'relevos' vão se atenuando, desde a porta de entrada do SPA/emergência até às enfermarias – percurso em que a população, em cada um desses diferentes espaços, vai se sentindo, progressivamente, mais segura do acesso ao atendimento, das rotinas do hospital e de sua (ou de seu familiar) possibilidade de recuperação (Sá, 2005). Como observa uma auxiliar de enfermagem da Enfermaria Pediátrica com experiência anterior na emergência, "(...) lá embaixo [na emergência], lá embaixo é brabo. Lá é aquela primeira entrada. As mães quando sobem, elas já estão mais tranquilas, já vão se acomodando (...) mas lá embaixo elas chegam brigando, batem, elas agridem, elas agridem mesmo!".

Distinguimos então três espaços no hospital estudado quanto à intensidade e ao significado da agressividade da população e o que exigem de resposta dos profissionais: o espaço representado pela porta de entrada propriamente dita, circunscrito aos espaços da recepção e da triagem de enfermagem; o espaço delimitado pelos consultórios do SPA e pelas salas de atendimento do setor de emergência; e o espaço das enfermarias.

O primeiro, espaço do "tapa na cara", é o de maior possibilidades de conflito e maior grau de agressividade da população, que ali ainda não tem a garantia do acesso ao serviço – às vezes só obtido "no grito" ou "no tapa". Talvez ali resida a mais difícil tarefa da porta de entrada: a das recepcionistas, que ficam 'cara a cara' com a demanda tão logo esta chega ao hospital, que a recebem em 'estado bruto', isto é, antes de ter sido objeto de qualquer leitura ou interpretação pelo serviço. Trata-se, portanto, de ter de lidar, em primeira mão, não só com as dores e com as feridas de uma população extremamente maltratada, mas com o desconhecido, o imprevisível, o imponderável, com o sofrimento ainda sem nome, sem diagnóstico e sem certeza de resposta, e por isso com toda a brutalidade e violência, sem mediação, que tal situação manifesta.

No segundo espaço, mesmo já nas salas de atendimento ou nos corredores da emergência, nem sempre a população tem a garantia de um cuidado adequado à urgência e gravidade do caso. Nesse espaço, onde a angústia diante da proximidade da morte também é frequente, são igualmente grandes as possibilidades de conflitos e comportamentos agressivos.

No terceiro, espaço das enfermarias, manifestam-se também situações de conflito, mas que são atenuadas por um enquadre mais tranquilizador, devido a uma 'organização' do serviço e dos cuidados, cuja regularidade e garantia de melhores condições de conforto e atenção, comparativamente às da emergência, é superior (Sá, 2005).

Em que pese o desrespeito que as camadas mais desfavorecidas da população às vezes reproduzem em sua relação com os serviços públicos e com as camadas consideradas 'superiores' – demonstrando que apreenderam bem a lição com o desprezo e a indiferença das elites, como observaria Costa (2000) –, é preciso reconhecer que a percepção, pelo usuário, do profundo descaso com que frequentemente é tratado na porta de entrada dos serviços de saúde, bem como as inúmeras dificuldades de acesso aos mesmos, é um dos principais desencadeadores de atitudes de violência contra os profissionais. Como observa Oliveira, o usuário do SUS precisa "(...) estar, repetidamente, 'lutando' para se impor e se fazer presente como sujeito e cidadão na interface dos serviços de saúde" (Oliveira, 2004: 184).

A Invisibilidade do Trabalhador e do Bom Trabalho: o não reconhecimento

O trabalho na porta de entrada de um hospital de emergência é, como observou um enfermeiro, "um trabalho que ninguém quer". Ali, como concluiu uma técnica do nível central da SES, a equipe é composta por prestadores de serviço porque o "pessoal estatutário não quer ficar levando porrada". Assim, ocupar esse lugar é exercer uma função desvalorizada técnica e socialmente, que parece ser vista muitas vezes pela população como mais um obstáculo a ultrapassar para chegar ao atendimento médico. À desvalorização técnica e social dos trabalhadores da porta de entrada se soma sua desvalorização funcional, representada pela negação, por parte da administração pública, de quaisquer direitos trabalhistas a estes trabalhadores, contratados precariamente como 'prestadores de serviço'.

Do ponto de vista de sua valorização social, o trabalho no interior do setor de emergência, por colocar seus profissionais muitas vezes na posição de "salvadores de vidas", talvez possa ser um pouco mais reconhecido que o trabalho na porta de entrada. Ainda assim, trata-se de uma atividade em que a rotatividade dos profissionais é muito elevada, assim como a dificuldade de se contratar e de completar as equipes. Contribuem para isto não só as condições de trabalho, mas o fato de que grande parte dos profissionais da emergência também não possui qualquer vínculo trabalhista com o hospital.

No entanto, talvez mais do que a baixa remuneração ou a inexistência de vínculo empregatício, o que os profissionais mais parecem se ressentir é da invisibilidade (institucional e social) do trabalho e, especialmente, da invisibilidade do bom trabalho, aquele não só tecnicamente bem feito, mas, principalmente, feito com dedicação. Para alguns, "com amor". A cegueira da instituição em relação aos trabalhadores assume muitas formas. Uma delas se concretiza na inexistência de uma política de saúde do trabalhador. O depoimento de um médico é contundente e exemplar:

> Funcionário entra na Secretaria de Saúde, faz um exame admissional. Fica 35 anos (...) nunca mais (...) a Secretaria não sabe qual o nível de saúde dele (...) morre 35 anos depois e não querem nem saber. Você vê de tudo: (...) gente trabalhando sem condições (...), gente precisando ser readaptada. Só que a gente circula por isso tudo e a gente olha, aquele 'olha' e não enxerga nada. A gente olha e não enxerga exatamente nada!

Segundo Dejours (2004), a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa essencialmente pelo reconhecimento. No hospital estudado, o sentimento de não reconhecimento quanto ao trabalho na emergência também está ligado, para alguns, à impossibilidade de exercerem todo seu potencial técnico: "Sou um cirurgião de trauma e a toda hora chega uma ferida infectada". Este médico, queixando-se das feridas dos pacientes diabéticos que é obrigado a atender, ressente-se da invisibilidade de suas qualidades como cirurgião e, portanto, da impossibilidade de ter reconhecida a utilidade de seu trabalho.

Os trabalhadores dos hospitais de emergência sofrem, 'cronicamente', com o descrédito da sociedade em relação à qualidade de seu trabalho, à sua dedicação e, até mesmo, à sua honestidade. Espremida entre a história de descaso do poder público com a saúde da população e o cinismo existente em parte do funcionalismo que exerce sem culpa a omissão e a irresponsabilidade dos que veem o serviço público como 'cabide de empregos', a demanda por reconhecimento daqueles trabalhadores de saúde que se julgam realizando o bom trabalho (e que realmente se esforçam para tanto) não encontra qualquer perspectiva de resposta, condenando-os talvez a uma maior desmobilização e alienação com relação a seu trabalho e às suas verdadeiras fontes de sofrimento.

Sem saídas mais efetivas para seu sofrimento com a falta de reconhecimento do valor de seu trabalho, muitos agarram-se a um 'gostar abnegado', atribuído a uma 'vocação' – uma certa idealização do trabalho como algo nobre, elevado –, que permite suportar os baixos salários, os "tapas na cara", superar o nojo de lidar com tantos corpos 'des-subjetivados' e acordar todos os dias para ir trabalhar.

Diante da Morte

> *Fazer 'calar a morte',[6] pelo menos por um momento. Talvez seja este o trabalho principal do profissional de saúde e essa a essência do cuidado. Trabalho da Vida. Trabalho para a Vida, tendo a Morte como presença constante e primeira, como nos ensina a Psicanálise sobre a condição originária do ser (...), exigindo a presença e o trabalho do outro para que encontre outros destinos que não a descarga imediata e absoluta de energias e o seu consequente aniquilamento.* (Sá, 2005: 358-359)

A morte que atravessa todos os espaços e tempos do hospital estudado em muito ultrapassa a morte física e singular dos pacientes na emergência ou nas enfermarias (o que não diminui a dramaticidade destas). É a morte simbólica dos usuários reduzidos ao vazio

---

[6] Expressão de Loureiro dos Santos (2001).

de sua "carência", a seus corpos "des-subjetivados" (Sá, Carreteiro & Fernandes, 2008); é sua invisibilidade nas salas e nos corredores da emergência, e também a invisibilidade de seu sofrimento nas filas; é a morte do hospital "das carências crônicas e incertezas cíclicas", do "hospital da impotência e do descuido", e também a morte de seus trabalhadores, pressionados para trabalhar mal e ao mesmo tempo invisíveis em seus esforços para um bom trabalho e em suas demandas por cuidado (Sá, 2005).

Assim, a morte, fonte de sofrimento no trabalho em saúde, adquire outros sentidos – senão mais complexos, pelo menos mais diversos e mais extensos – diferentes daqueles despertados diante da morte de um paciente, quando este trabalho se realiza em um hospital público, especialmente num hospital de emergência. Em contrapartida, a morte singular de cada paciente parece 'atualizar' ou 'condensar', como uma metonímia, todas as manifestações da morte aqui apontadas.

Os profissionais de saúde costumam realizar certa 'diferenciação das mortes' e dos sentimentos que suscitam. Loureiro dos Santos (2001) observa que a enfermagem as diferencia levando em consideração se se trata da morte de uma criança ou de um adulto; se é uma morte súbita ou anunciada e qual o tipo de sofrimento que a antecedeu. Rosa (2001) identifica entre as enfermeiras algumas situações de maior sofrimento diante da morte, como a de pacientes crônicos, que sistematicamente procuram o serviço e com os quais a enfermagem estabelece um vínculo. Tratam-se, como observamos no hospital estudado, de pacientes que 'já são conhecidos pelo nome' por parte das equipes do SPA e da emergência.

A morte de jovens e crianças também desencadeia sentimentos penosos entre as enfermeiras. São situações que suscitam, talvez mais que em outros tipos de morte, impotência e sentimento de fracasso. Este tipo de morte é, sobretudo, de maior dificuldade de elaboração, de compreensão, porque é uma morte, na linguagem de uma das enfermeiras entrevistadas por Rosa, "'(...) que chega rápido, que a gente não consegue entender'" (Rosa, 2001: 117). "A morte que chega rápido" povoa, com muita frequência, os serviços de emergência, fazendo um contraponto à "morte do convívio", mais comum nas enfermarias. Cada uma, ao seu turno, suscitando sentimentos, embora diversos, talvez igualmente dolorosos entre os profissionais da equipe de saúde.

Na origem desses sentimentos, Loureiro dos Santos (2001) reconhece os processos identificatórios, sugerindo que a morte dos idosos nos remete à morte de nossos próprios pais, ao passo que na morte de crianças haveria "(...) um corte abrupto de nosso próprio futuro, sem a chance de realizar desejos e aspirações" (Loureiro dos Santos, 2001: 40). No entanto, a autora reconhece que nem sempre a "identificação positiva" dos profissionais com os pacientes tem lugar, podendo ocorrer "(...) complexos mecanismos psicológicos de defesa que podem ceder espaço ao que comumente chamamos *o mal*" (Loureiro dos Santos, 2001: 40 – grifo da autora). Nesse sentido, é especialmente tocante o depoimento de uma das enfermeiras que entrevistamos (Sá, 2005) sobre a morte de pacientes idosos:

> (...) o paciente está morrendo lá em cima [nas enfermarias], as enfermeiras ou auxiliares ligam para a emergência, [pois a enfermaria não tem médico plantonista], e o médico responde: 'Vai fazendo o corpo (...) diz a hora que morreu, que eu subo daqui a pouco'. Enfermeira : 'Mas, doutor, ainda não morreu!'. [Conta que geralmente dão uma resposta irritada ou indiferente]: 'vai morrer mesmo!'.

O espaço da emergência – espaço da superlotação, das macas nos corredores, dos gritos e gemidos, da falta de privacidade e de conforto mínimo para os pacientes – pode tornar a morte (ou o sofrimento que a antecede) ainda mais dolorosa, não só para pacientes e seus familiares, mas também para os profissionais de saúde.

Entre as principais dificuldades relacionadas ao lidar com a morte, coloca-se, para os profissionais de saúde, a tarefa de dar a notícia do óbito. No contexto tão adverso de um serviço de emergência – e por isso tão propício a sentimentos de impotência, fracasso e culpa pelas mortes (muitas vezes evitáveis) de pacientes –, comunicar o óbito aos familiares, se já é uma tarefa difícil em quaisquer circunstâncias, pode se tornar um trabalho extremamente penoso, do qual muitos fogem.

No hospital estudado (Sá, 2005), parece haver certo 'jogo de empurra' entre os profissionais quanto à responsabilidade por este tipo de notícia. Os médicos, segundo uma recepcionista e uma assistente social, "não gostam" de dar este tipo de notícia, especialmente quando o óbito não ocorreu em seu plantão. Quando os médicos não dão a notícia, os familiares são encaminhados para o setor de registro geral/documentação, recebendo a notícia dos funcionários administrativos que ali trabalham, encarregados de preparar a documentação relativa ao óbito. As assistentes sociais também raramente assumem a responsabilidade por esta comunicação. O que predomina como defesa contra o sofrimento produzido pelos processos identificatórios são estratégias de fuga e de diluição/indefinição das responsabilidades, especialmente na tarefa de comunicação com a família. Nessa perspectiva, o lidar com perdas de vidas humanas é, sim, por si só, um fator de sofrimento, agravado, todavia, pela percepção – nem sempre consciente – de que o hospital, devido a suas precariedades, e seus trabalhadores, possam ser os 'coprodutores' do óbito.

As Saídas para o Sofrimento e suas Implicações sobre a Qualidade do Cuidado

> *Sempre há sofrimento. A única possibilidade, para nós, é transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo.* (Dejours, 1999b: 16)

Os trabalhadores do hospital manifestam de diferentes formas seu sofrimento gerado (ou agravado) pelo trabalho na porta de entrada e no serviço de emergência. Alguns parecem ter consciência deste sofrimento ou, pelo menos, se referem a alguns 'problemas de saúde' ou ao 'estresse' ou à 'depressão' ou à 'hipertensão', atribuindo-os às condições de trabalho e aos problemas que ali enfrentam. O alcoolismo é reconhecido pela própria

direção como problema de saúde de alguns trabalhadores. Outros manifestam seu sofrimento por meio de demanda, explícita ou implícita, por cuidado e escuta.

Alguns trabalhadores demandam explicitamente um 'apoio psicológico' como condição para lidar com a pressão do trabalho, com as dificuldades de cooperação entre a equipe e com a impotência diante dos casos que não podem resolver. No entanto, esta demanda por escuta parece não ser atendida ou muito pouco atendida pelo hospital. Assim, sem saídas ou canais mais 'institucionais' para expressão e encaminhamento de seu sofrimento, os trabalhadores lançam mão de algumas estratégias de defesa – tanto individuais quanto coletivas –, algumas com impacto negativo sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado; outras – em alguns casos, tentativas de transformação do sofrimento, no sentido de uma vivência de prazer no trabalho – parecem ampliar as possibilidades e a qualidade do cuidado.

O Imaginário Organizacional e sua Função Defensiva

Do ponto de vista mais global ou coletivo, o imaginário compartilhado sobre o hospital estudado pode ser considerado como exercendo uma função defensiva ou tranquilizadora face às angústias decorrentes das condições extremamente precárias nas quais o trabalho se realiza. É assim, com o imaginário do "hospital potente" (Sá, 2005), sustentado pelos funcionários numa espécie de contrato narcísico (Kaës, 1989), que, negando a precariedade e as falhas do hospital, atende a seus desejos de potência, de afirmação e reconhecimento de suas capacidades e identidades, preservando-os do desamparo de se sentirem "sentados sobre um barril de pólvora". É assim com a imagem do hospital que "protege, acolhe e cuida" de seus funcionários – o hospital como "pai", "mãe", "família", "casa" –, capaz de promover uma "ressignificação" do espaço hospitalar, tornando-o não só suportável, mas desejável, preferível a outros hospitais – um espaço onde o que é pequeno e bastante precário torna-se aconchegante, acolhedor, onde o que é indiscriminado e confuso torna-se comunhão, comunicação e facilidade de cooperação (Sá, 2005).

As consequências desse tipo de produção defensiva talvez possam ser tanto 'mortíferas' – anestesiando o sofrimento, mas turvando a visão sobre a dramaticidade da realidade cotidiana do hospital – quanto 'vitais' (ou 'motoras/motrizes'),[7] mantendo 'aceso' o desejo em relação ao trabalho (e possibilitando o prazer) numa realidade tão adversa. No entanto, vimos também que este imaginário de potência, proteção e segurança, apenas parcialmente cumpre a função de tranquilização psíquica perante as angústias de desintegração e o desamparo que a realidade de um hospital de emergência parece produzir no psiquismo dos que ali trabalham.

Assim, outros processos e mecanismos utilizados pelos trabalhadores em sua relação com a tarefa, com seu trabalho, de um modo geral, e com o hospital, podem estar cumprindo também um importante papel de defesa contra o sofrimento no trabalho. Em uma apreciação de conjunto desses processos, pode-se dizer que, de um lado, situam-se

[7] Em um sentido mais próximo ao que Enriquez (1997a) denomina "imaginário motor".

a desilusão, o desinvestimento, a incapacidade de eleger o hospital ou o trabalho como objeto de investimento, a acomodação, a apatia; de outro lado, a idealização do trabalho e da profissão e a busca de reconhecimento como possibilidade de transformação do sofrimento, de construção de um sentido para este. Entre esses dois polos, encontramos estratégias variadas, envolvendo, por exemplo, a divisão do trabalho e a responsabilização; a relação do trabalhador com as regras, normas e rotinas da organização do trabalho (incluindo aqui as transgressões, 'quebra-galhos' e o zelo); a negação (da situação causadora de sofrimento) e suas variações, como as brincadeiras e zombarias; e a busca de apoio nos colegas para lidar com a situação problemática (Sá, 2005).

A Desilusão, o Desinvestimento no Hospital e a Apatia

Um dos depoimentos mais significativos como expressão do desinvestimento, da desilusão com o trabalho e da acomodação é dado por um médico-cirurgião com uma história de grande dedicação ao hospital. Queixando-se da falta de investimento da administração pública em seu aperfeiçoamento profissional, diz que não espera nada da instituição. "Nos 23 anos que estou no hospital o Estado pagou um curso só para mim. Todo meu aprimoramento (...) foi às minhas custas". O profissional afirma que seu trabalho é razoável e vai sempre se aperfeiçoando, dentro dos limites do hospital, mas isso parece não fazer diferença aos "olhos" da instituição. Diz que, apesar de chefiar o plantão, nunca deixou de operar, mesmo de madrugada. É pontual e nunca faltou ao serviço e sempre procura evitar que os problemas da equipe cheguem à direção, resolvendo-os diretamente. No entanto, os processos de defesa contra o sofrimento pelo não reconhecimento de seu esforço e de sua dedicação deixam marcas visíveis sobre sua capacidade de investimento e criatividade no trabalho: "Estímulo? Nenhum. O meu trabalho é burocrático... não tem mais tesão (...)".

O depoimento de outro médico da emergência é um exemplo contundente de como a "apatia burocrática" (Campos, 1994) – como defesa contra o sofrimento pela impotência em que os serviços públicos de saúde lançam muitas vezes os profissionais – pode resultar facilmente na banalização do sofrimento e na morte dos pacientes. Em sua entrevista, esse médico destacou as dificuldades que enfrentam muitas vezes na tentativa de conseguir vagas em outros hospitais para pacientes que o hospital não tem recursos para atender. Tentamos explorar como se sentia e o que fazia nessas situações e ele se limitou a responder: "Quando negam [a transferência] o único recurso que a gente tem é escrever na papeleta (...) antigamente a gente até ficava mais aflito (...) depois vê que não adianta (...)".

A Omissão, a Não Responsabilização e a Segmentação do Processo de Trabalho como Estratégias Defensivas

A omissão e a não responsabilização são frequentemente observadas e parecem guardar relação, em parte, com as limitações estruturais e conjunturais que os serviços públicos de saúde impõem à realização do trabalho. Silva (1994), em estudo sobre o processo de trabalho hospitalar em enfermarias clínicas de um hospital público no Rio de Janeiro, observa:

> A constante impossibilidade de realizar seu trabalho, sendo cobrado pela sociedade através da mídia, pelos familiares e pelos pacientes, produz um profissional que está sempre na defesa: 'não temos tempo', 'não temos material', 'não temos nada', e principalmente 'não temos culpa'. (...) Existe um pacto, uma cumplicidade, em que ninguém é considerado capaz de mudar o estabelecido. (Silva, 1994: 194-195)

Algumas vezes, podemos observar que a divisão técnica do trabalho justifica a segmentação do processo de trabalho como estratégia (defensiva) de não responsabilização. Assim, por exemplo, numa entrevista em grupo, duas enfermeiras discutiam sobre os critérios de admissão de pacientes na emergência, e falavam, particularmente, do caso de um paciente recentemente atendido. Uma delas achava que se tratava de mais um "caso social", não havendo nada a fazer pelo paciente a não ser "encaminhá-lo": "(...) enquanto estiver aqui a gente encaminha, a gente procura ajudar no que for necessário, mas entrou na área social, não pertence mais à enfermagem, infelizmente. O máximo que podemos fazer é orientar o paciente e encaminhar (...) ao profissional do Serviço Social".

Outras vezes, o estabelecimento de fronteiras rígidas entre as atribuições de cada categoria profissional parece resultar de um processo de disputa micropolítica de territórios, com importantes prejuízos para as possibilidades de cooperação entre a equipe e para a integralidade do cuidado. Tal disputa provavelmente tem, entre suas origens, uma luta dos sujeitos pelo reconhecimento de suas capacidades e potências, cotidianamente negadas ou postas à prova pela realidade organizacional.

> Não é você querer resolver um problema de Psicologia que você não estudou (...) para aquilo! (...) Então, na sua seção, psicologia, vai entender (...) serviço social, parte social, o médico naquela (...) e o enfermeiro, no papel dele. Então cada um tem o seu papel. (...)'Você só pode ir até ali.'

Fazer o Trabalho do Outro: uma saída para o sofrimento

Enquanto alguns parecem se utilizar muitas vezes da divisão técnica do trabalho para justificar uma segmentação rígida do processo de trabalho como defesa contra a responsabilização (a culpa) ou contra o não reconhecimento e a impotência, outros trabalhadores – provavelmente por não estarem tão atados ao 'peso' das profissões e também por executarem tarefas que não exigem grande especialização – talvez se permitam mais facilmente trocar de lugar com o colega, 'fazer o trabalho do outro', na tentativa igualmente de se defender do sofrimento no trabalho, mas pelo caminho da busca de solução para o sofrimento do paciente.

Assim, uma recepcionista volante, fala com muito entusiasmo de seu trabalho: "Eu gosto de gente!". Diz que não se limita a cumprir estritamente o que é considerado sua função. "(...) ajo como maqueiro, dou comida na boca de paciente (...). Não é minha função, mas eu faço. Não vai cair a mão (...)". Certa vez, quando observávamos o setor de registro da emergência, percebemos um funcionário que, por duas ou três vezes, veio lá de dentro, trazendo uns papéis e solicitando ao funcionário do registro que abrisse

boletins de atendimento. Soubemos depois que se tratava do gesseiro,[8] que vinha abrir os boletins para pacientes sem condições de se locomover (o que, a rigor, seria função da recepcionista volante). Em sua conversa conosco, demonstrou também muita satisfação com seu trabalho.

Transgressões, Quebra-galhos e Zelos

Outros processos observados no hospital estudado e que parecem também exercer importantes funções de defesa contra o sofrimento (Sá, 2005) dizem respeito às relações que os trabalhadores estabelecem, na realização de suas atividades, com as regras, normas e rotinas do trabalho, ou, na linguagem da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 2004), às relações entre trabalho prescrito e o real do trabalho. Um dos exemplos mais frequentes de transgressão é a 'flexibilização', por parte dos profissionais, dos critérios de acesso ao serviço, permitindo o acesso ao SPA ou ao serviço de emergência de casos que não se caracterizam, a rigor, como de urgência ou emergência.

A prática do "quebra-galho" também é outro processo observado, e decorre, como a conceitua Dejours (1999b), do enfrentamento, pelo trabalhador, das dificuldades ou resistências impostas pelo real do trabalho. No hospital estudado, alguns "quebra-galhos" observados parecem adquirir mais claramente o sentido de uma estratégia de defesa contra o sofrimento decorrente dos limites impostos a um bom atendimento pela realidade hospitalar. Em outras situações de transgressão às regras ou às normas, o caráter defensivo não fica tão claro, não sendo possível distinguir se é de fato de um "quebra-galho", no sentido de uma prática que busca contornar os limites impostos pela realidade para garantir a execução da tarefa e o alcance de seus objetivos, ou, na verdade, descuido ou negligência.

Como exemplo emblemático do primeiro caso, tivemos a oportunidade de observar a aplicação, por uma enfermeira, de uma injeção de analgésico/anti-inflamatório em uma paciente que estaria com "dor ciática", conforme seu diagnóstico, mas ainda não havia passado pela consulta médica. Segundo a enfermeira, o ortopedista assinaria posteriormente a prescrição. Tratava-se, evidentemente, de uma transgressão às regras do exercício profissional da enfermagem e da medicina. Não sabemos até que ponto havia, de fato, algum acerto informal entre médicos e enfermeiros para tal procedimento ou se a enfermeira apenas disse que o médico assinaria posteriormente a prescrição para demonstrar que estava, de alguma forma, 'respaldada' pela equipe médica. De todo modo, e considerando principalmente que, pela rigidez dos ortopedistas com relação aos critérios de urgência, os casos de dor ciática não eram atendidos na emergência, a conduta da enfermeira nos pareceu claramente motivada pela intenção de aliviar o sofrimento, aliviar a dor, da paciente, defendendo-se, com este "quebra-galho", de seu próprio sofrimento diante da dor alheia.

---

[8] Trabalhador do setor de ortopedia encarregado de fazer as imobilizações com gesso, conforme orientação médica.

Por fim, outro tipo de processo que também diz respeito às relações entre trabalho prescrito e o real do trabalho – e que, em certas situações, pode ser considerado como possuindo um caráter defensivo contra o sofrimento no trabalho – é o zelo aportado pelo trabalhador à execução da tarefa. Neste caso, destaca-se a conduta de uma médica, pediatra do SPA, que sistematicamente orientava as mães a voltar em outro dia com as crianças para que pudesse avaliar sua evolução. A revisão é um procedimento esperado em um ambulatório, não em um serviço de pronto atendimento, destinado às urgências. Assim, o interesse da médica pela evolução das crianças, em vez de encaminhá-las a um ambulatório ou centro de saúde, pode ser considerado uma tentativa de superar o sofrimento, possivelmente decorrente da pressão para trabalhar mal, para atender rapidamente, que as condições de trabalho no SPA acabam impondo ao profissional.

Também próximas ao zelo, encontram-se, nos parece, outras saídas para o sofrimento que assumem o caráter de saídas individuais. São algumas condutas que podem ser classificadas de 'jeitinho', solidariedade ou, em alguns casos, 'caridade'.

Uma assistente social diz-se preocupada com os pacientes ou mães de crianças que aguardam horas para o atendimento e não têm dinheiro para comprar nada para comer. Disse que as nutricionistas só atendem pedidos para liberar refeições quando vêm encaminhados pelos médicos, mesmo sabendo que a comida vai sobrar e estragar no final do dia. "Então eu vou e tiro do meu bolso (...), vou à cantina comprar um copo de leite, uns biscoitos para a criança (...). Não coloco como caridade (...), são benefícios que a população tem que ter (...)". Entre o zelo e o "quebra-galho" situa-se também a conduta de alguns médicos que internam os pacientes apenas para garantir o tratamento medicamentoso, nos casos em que o medicamento indicado encontra-se disponível apenas para a internação.

Alguns profissionais parecem ter consciência das limitações dessas saídas individuais, tanto como mecanismo de defesa contra o sofrimento no trabalho quanto como forma de minimizar o sofrimento dos próprios pacientes. Uma enfermeira da porta de entrada, queixando-se das dificuldades para referir pacientes para determinadas especialidades, e contando que muitas vezes lança mão do conhecimento pessoal para estas referências, observa: "Só que aquilo ali te deixa chateada, porque (...) então, você tem que escolher um! Aquele ali é o sorteado, aquele ali foi abençoado com aquela vaga! (...) Mas nem sempre a gente pode estar fazendo isso!".

Das Brincadeiras à Negação

Outro grupo de saídas ou defesas contra o sofrimento está relacionado à negação da situação adversa, produtora de sofrimento. Observamos que estas estratégias de negação podem assumir formas diversas, variando entre a brincadeira e a negação propriamente dita ou o não reconhecimento da situação (Sá, 2005). A zombaria também aparece como uma forma de defesa contra o sofrimento.

Um exemplo bastante contundente de negação do real do trabalho associado ao ressentimento pelo não reconhecimento do bom trabalho foi protagonizado pelo diretor do

hospital. Comentando a matéria publicada em um jornal sobre a precariedade dos hospitais da rede estadual de saúde, na qual constava uma foto da placa com o nome do hospital, toda deteriorada, o diretor observou que se a placa foi "a única coisa que destacaram" deveria ter sido "(...) porque não encontraram muitos outros problemas para fotografar".

A placa deteriorada do 'Hospital João Silva' era, na verdade, a metonímia da deterioração dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, constatação, todavia, por demais dolorosa para profissionais que, como este diretor, doam-se cotidianamente à tarefa de fazer funcionar esses hospitais, "administrando o caos" (como ele mesmo nos disse certa vez) para mantê-los de portas abertas 24 horas. Nesse contexto, o ressentimento pelo não reconhecimento (pela invisibilidade) do bom trabalho e a negação do real do trabalho são respostas frequentes.

As Interrupções Frequentes do Trabalho: os "voos"

Outro tipo de defesa contra o sofrimento no trabalho nos pareceu ser o afastamento físico do trabalhador da 'fonte' de sofrimento, o que se daria a partir de interrupções frequentes do trabalho.

Certo dia, durante uma das observações do funcionamento do SPA, a recepcionista da emergência, em determinado momento, saiu de seu posto e veio conversar com a recepcionista do SPA. Falavam de um dos enfermeiros que fazia a triagem. Uma perguntou se a outra ainda não havia notado que ele "voava" muito – referindo-se a suas saídas frequentes da sala de triagem. De fato, já o havíamos visto saindo algumas vezes da sala de triagem durante seus plantões. De todo modo, tratava-se de um enfermeiro que, ao longo das observações e também na entrevista, pareceu bastante dedicado a seu trabalho e aos pacientes, o que reforça a hipótese de que suas saídas tivessem uma função defensiva. Pitta (1999), referindo-se aos trabalhos de Wisner, na área de ergonomia, destaca que a interrupção frequente das tarefas estaria entre os sinais de sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Subvertendo o Sofrimento: os processos de identificação, ilusão e idealização e a busca por reconhecimento

Por fim, é importante destacar que as saídas para o sofrimento no trabalho no hospital estudado assumem também a forma de uma busca de sentido e de prazer – tentativas de "subverter o sofrimento", como observaria Dejours (1999b). Nesses processos, a identificação, a ilusão e principalmente a idealização assumem um papel central, ao lado da busca de reconhecimento pelo trabalho bem feito.

Assim, por exemplo, os processos identificatórios se destacam no depoimento de uma auxiliar de enfermagem da emergência. Fala com entusiasmo de seu trabalho, demonstrando o prazer que sente quando pode estreitar o relacionamento com os pacientes e seus parentes: "Você vê o quadro dele, se torna até amigo do parente". No mesmo sentido, destaca-se a fala de outra auxiliar de enfermagem, que deixa os pacientes "à vontade", cuidando deles para que fiquem "tão bem que a gente até se apega". Uma recepcionista, referindo-se a

diversas situações difíceis de relacionamento com o público, inclusive casos de agressão, ressalta os casos em que fez amizade com pacientes ou acompanhantes.

A possibilidade de encontrar prazer no cuidar e na amizade – com os colegas, mas também com o paciente – é destacada por Loureiro dos Santos: "As auxiliares de enfermagem conferem sentido ao trabalho quando mencionam a importância do 'companheirismo, da amizade', 'cuidar e conversar com o paciente', 'brincar, deixá-lo solto' (...)" (Loureiro dos Santos, 2001: 113)

Para outros profissionais, a ilusão parece ser o principal mecanismo para a transformação do sofrimento, como uma assistente social da porta de entrada que observa:

> Você ainda acredita que um dia vai trabalhar naquilo que você gosta, com respeito (...), que ainda vai melhorar – motivo porque eu tenho paixão por isso aqui (...). Já tive outras oportunidades de trabalho (...). Meu marido diz que eu me autoflagelo (...), mas a gente tem coisas boas.

Umas das enfermeiras da porta de entrada afirma de modo veemente sua crença no Projeto, cuja concepção, ao valorizar o trabalho da enfermagem, sustenta seu investimento no trabalho:

> Eu quero acreditar, (...), eu quero acreditar porque é um projeto pioneiro, você tem que quebrar várias regras, principalmente esse império, essa monarquia [ênfase] da medicina! Se você tem enfermeiros na Porta, num hospital de emergência, fazendo consulta de enfermagem, eu acho que você tem que quebrar muita coisa, sim!

A idealização do trabalho (e da profissão), para o qual é necessária uma espécie de 'doação', como no cumprimento de uma 'missão', parece ser uma das vias mais utilizadas para a transformação do sofrimento em prazer no trabalho ou em algum outro sentido compensatório.

Especialmente entre os enfermeiros, é comum – e provavelmente derivada da própria história da profissão – a saída para o sofrimento no trabalho através da idealização do papel da enfermagem como de orientação e 'educação' da população, de 'humanização' da assistência, especialmente apoiada no imaginário construído em torno da vocação para a profissão, vista quase como um 'dom', ressaltando-se a 'abnegação', 'nobreza' e a 'dignidade' de caráter dos enfermeiros, capazes de suportar as tarefas mais ansiogênicas e muitas vezes repulsivas e desvalorizadas socialmente.

Para um enfermeiro da porta de entrada, a idealização da profissão a partir da imagem de abnegação e nobreza envolvida na assistência aos pobres e necessitados não é o único mecanismo de saída do sofrimento. Este enfermeiro parece encontrar na "agitação" da porta de entrada e na rapidez de decisões exigida dos que ali trabalham a saída para outros sofrimentos, talvez anteriores ao próprio processo de trabalho.

> Eu faço a triagem na porta da emergência (...). É um trabalho que ninguém quer e eu adoro. (...) É o povão... é o povão. (...) gosto do movimento... da agitação. Não gosto de

> trabalhar à noite porque não tem movimento (...). Então é isso, é por causa do povo e do movimento... com todo o desgaste que existe... posso estar sendo masoquista, mas é isso aí. (...)

Ao analisar o trabalho gerencial de diretores de hospitais de emergência, examinamos a relação com o tempo, expressa na narrativa desses gestores (Azevedo, 2005). A partir do trabalho de Nicole Aubert (2003) sobre o culto da urgência na atualidade, destacamos que, além de ser uma construção societária e institucional, a urgência mostra-se, por vezes, como construção mental. Haveria uma ressonância, nestes casos, entre urgência interior e exterior. Trabalhar na urgência pode, assim, se constituir num meio de afirmação pessoal, de poder do sujeito, ou ainda uma forma de resposta à ansiedade: "Lutar diariamente para dar conta de muitos problemas do hospital, agindo rapidamente sob tensão acrescenta intensidade à vida, certo prazer, funcionando imaginariamente como domínio do tempo" (Azevedo, 2005: 192).

Tal discussão, trazida para a problemática do sofrimento dos profissionais no trabalho na porta de entrada de um hospital de emergência, sugere que a urgência, que até então tem sido tratada aqui como fonte de sofrimento para os profissionais do hospital, pode ser, para alguns, estruturante, fonte de prazer ou, pelo menos, de minimização de outros sofrimentos, talvez mais primitivos que os desencadeados no processo de trabalho.

Finalmente, entre as saídas para o sofrimento voltadas para a busca do prazer e do sentido no trabalho, destaca-se a busca de reconhecimento pelo bom trabalho. Pelo trabalho não só realizado com correção, do ponto de vista técnico, mas, sobretudo, com dedicação, inventividade e qualidade, o que pressupõe um julgamento estético.

Uma recepcionista fala empolgada de seu trabalho: "Adoro! Lidar com o público é a melhor coisa que tem. Me sinto muito bem em receber elogios sobre a forma como atendo. (...) É muito bom este reconhecimento, e eu queria ter o mesmo tratamento". Uma assistente social da porta de entrada conta como foi difícil se habituar à realidade do trabalho hospitalar e como hoje se sente gratificada pelo trabalho na emergência, demonstrando que soube encontrar no reconhecimento – ou na busca por reconhecimento – uma via de transformação/superação de seu sofrimento no trabalho: "eles agradecem muito também. (...) nem todos fazem registro por escrito, mas eles passam aquele 'muito obrigado', e você vê que *é* [ênfase] realmente um muito obrigado! (...)".

Dejours (2004) destaca o papel de reconhecimento exercido, sobretudo, pelos pares, pelo coletivo de trabalho, especialmente no que se refere ao julgamento estético. Como observamos (Sá, 2005), o trabalho em saúde guarda especificidades, sendo necessário considerar também a importância do julgamento 'estético' realizado pelo próprio paciente, com base, por exemplo, em critérios como dedicação e atenção dispensados pelo profissional.

Assim, a despeito de serem hegemônicos a invisibilidade do trabalhador de saúde e o não reconhecimento do 'bom trabalho', assim como parecem hegemônicos o descaso e a cegueira por parte dos serviços de saúde para com a população, alguns trabalhadores ainda conseguem, como vimos, tornar o reconhecimento (ou a busca por reconhecimento)

uma saída para seu sofrimento no trabalho, dotando-o de sentido e até transformando-o em prazer, com um impacto positivo sobre a qualidade do cuidado.

O cuidado possível na porta de entrada do 'Hospital João Silva' é produzido, muitas vezes, especialmente quando se trata da emergência, dentro do espaço de possibilidades definido pelo dilema, caracterizado por uma recepcionista como "se atender é risco, se não atender também". Tal situação torna, em geral, esse "possível" muito pouco. Algumas situações, no entanto fogem, de forma positiva, desse padrão.

Acreditamos que este estudo tenha mostrado que se a solidariedade, a cooperação e o cuidado com a vida ainda não foram definitivamente banidos dos serviços de saúde, isto se deve, pelo menos no hospital estudado, ao trabalho ainda realizado pelos processos de idealização, ilusão, crença e pela dinâmica do reconhecimento, observados nas relações que os trabalhadores de saúde estabelecem entre si, com seu próprio trabalho e com a população, bem como aos vínculos (imaginários, em sua dimensão 'motora') que ainda mantêm com o hospital.

Sob o Domínio da Urgência: efeitos e possibilidades para a prática gerencial nos hospitais

A investigação junto aos diretores dos hospitais de emergência do município do Rio Janeiro desenvolveu três modelos/modalidades de análise das práticas gerenciais (Azevedo, 2005; Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007). Tais modalidades, na verdade, mostram-se como polos extremos de uma realidade mais matizada. Expressam, talvez, tipos ideais, ao passo que a realidade mostra-se mais heterogênea.

No primeiro modelo, a gestão representaria uma força no sentido da mudança, e sua perspectiva de trabalho se desenvolve em torno de uma representação psíquica e social acerca do que deve ser o hospital. Essa representação fundaria uma proposta ou um projeto para o hospital favorecendo o trabalho no plano coletivo.

O segundo modelo, representaria a tentativa de estabelecimento de certos objetivos e consequentemente de projetos, porém específicos – por exemplo, a reorganização da porta de entrada, o sistema de dose unitária de medicamentos, a informatização etc. –, não constituindo um processo mais amplo de mudança, pois não impactaria a visão e a perspectiva que se tem do hospital, suas significações imaginárias, seu projeto institucional. Talvez possa significar a possibilidade de mover positivamente o hospital, apontando, em um nível micro, possibilidades de influenciar seu futuro.

O terceiro modelo – dominante nos casos analisados – estaria pautado pelo imaginário da urgência, pela busca da operacionalidade, pelo esforço para fazer funcionar. A luta pela sobrevivência, neste caso, ocuparia de forma absoluta a atenção da direção, especialmente manifesta no esforço para dispor de insumos, equipamentos, estrutura física adequada, enfim, de condições de funcionamento que possibilitem o hospital continuar atendendo à sua demanda. Esse modelo seria fruto do contexto institucional, particularmente das secretarias de saúde, considerando a baixa capacidade de suprir as necessidades dos ser-

viços de saúde, o baixo nível de investimento que vem sendo feito e a falta de autonomia dos hospitais.

As experiências desses diretores indicam o quanto essas modalidades de prática gerencial encontram-se na encruzilhada entre vários planos de determinação. Por um lado, elas são expressões da capacidade dos diretores, associam-se às suas trajetórias profissionais, mas ao mesmo tempo, expressam processos intersubjetivos que se constroem na organização, compreendida como instância grupal e, num outro nível de análise, tais modalidades têm origem em processos institucionais e macrossociais.

A ausência de uma rede de serviços vem determinando uma sobrecarga aos hospitais de emergência, gerando vivências de descontrole e angústias associadas a um trabalho excessivo, porém ao mesmo tempo insuficiente. Fragmentos do relato de uma diretora de um hospital da SES evidenciam os reflexos dessa situação para o trabalho gerencial:

> É uma demanda insuportável que quebra qualquer aparelho que você ponha: o aparelho tinha que funcionar com vinte tomografias está funcionando com quarenta. Onde você tinha que fazer quinze internações, está fazendo cinquenta. Está além da sua capacidade operacional. Então a gente vive esse drama que tem semanas que melhora e tem semanas que piora.
> (...) Não vamos conseguir resolver sem a rede. Senão você dá alta para dez, interna vinte; dá alta para dez, interna vinte. A gente não consegue (...). É enxugar gelo, como o pessoal fala.

Apesar da angústia decorrente da improvisação e de uma prática orientada pelo "problema do dia" surge certa adaptação a este contexto de urgência. A prontidão permanente e a ação contínua parecem funcionar como um antídoto contra a incerteza, evitando contato com os conflitos. Assim, como já observamos anteriormente, o imediatismo e o curto prazo, em alguns casos, são produtores de sentido e podem cumprir um papel defensivo, de modo que "Trabalhar na urgência, 'tomar' as urgências, pode se constituir um meio de afirmação pessoal, uma forma de assegurar seu poder, ou ainda uma maneira de resposta à ansiedade" (Aubert, 2003: 103): "(...) eu digo assim: 'ser diretora é muito emocionante. Não dá tempo de ter depressão (...)'. É uma terapia fantástica para os deprimidos: ou você morre, ou você fica para cima".

O contexto de crise, ao mesmo tempo aguda e crônica, em que vivem os hospitais de emergência impede que os profissionais e os gestores experimentem o trabalho como realização de si e construção de identidade, ao contrário do que concebe Dejours (2004). A urgência tem por efeito ilusório anular o tempo, aponta Aubert (2003), minando no indivíduo sua capacidade de se projetar, de representar o futuro. Nesse contexto, há dificuldades para construção de projetos coletivos e para desencadear processos de mudança. Não há estratégia, só ato. A seguir, o depoimento da diretora de um hospital da SES:

> No meu trabalho do dia a dia, eu pouco planejo, eu mais apago incêndio. (...) mas eu tento fazer. Planejar alguma coisa no Núcleo Estratégico, a passos de cágado,

> tentar resolver. E o meu trabalho é para funcionar o hospital. (...) 'Qual é o filé do dia?' Separar o osso do filé, priorizar e rapidamente resolver. Sempre tem situações de emergência para resolver.

A urgência presente nos hospitais estaduais e municipais voltados para assistência de emergência do Rio não significa exclusivamente adotar como foco a operacionalidade, "botar para funcionar". Enquanto a morte em um hospital que dispõe de recursos adequados para a assistência surge como o imponderável, no contexto de escassez e descontrole, a luta contra a morte toma contornos de uma luta contra a precariedade, em seu limite. Seguem depoimentos expressivos de alguns diretores de hospital:

> Um hospital desse tamanho, desse porte, dessa complexidade, está sem contrato de manutenção predial, sem contrato de climatização de ar-condicionado, sem contrato de manutenção do gerador.

> E o dinheiro não dá, porque eu também não tenho remédio nenhum. (...). Não tem morfina. Eu sou polo de oncologia. Só existem três polos: Eu não tenho um quimioterápico. Os pacientes choram, todo dia, na minha porta. Estão interrompendo tratamento!

À solidão hierárquica e ao nível de responsabilidade oriunda do cargo de direção somam-se outros fatores geradores de sofrimento. Em um contexto de estresse ou neurose profissional "o sujeito funciona, então, como uma caixa de ressonância dos múltiplos problemas ou múltiplos conflitos da organização (...)" (Aubert, 1994: 178)

Considerações Finais

O retrato da assistência e da gestão nos hospitais de emergência aqui apresentado, ainda que possa conter muitas identidades com situações observadas em outros estados, expressa a especificidade da realidade hospitalar do município do Rio de Janeiro. As dificuldades para garantir o funcionamento dos hospitais de emergência estão associadas a problemas que vêm marcando as últimas décadas na assistência pública no Rio de Janeiro (Aquino, 1997).

Ao lado das limitações institucionais e dos modelos centralizados de gestão pública, apresentam-se obstáculos predominantes na cultura política do Rio de Janeiro, tais como o cinismo generalizado, que 'autoriza' ou 'legitima', por meio de imagens como o "rouba, mas faz", a corrupção, o roubo, a dilapidação dos recursos e bens públicos, o nepotismo escancarado do "se mais filhos tivesse, mais filhos nomearia (...)", o clientelismo e a absoluta falta de limites para os acordos, 'pactos', e troca de favores políticos com base na máxima 'franciscana' do "é dando que se recebe". Tais processos, associados ao baixo nível de investimento na saúde, corroem cotidianamente o esforço dos trabalhadores e gestores no sentido da qualidade do cuidado (Sá, 2005).

O drama por atendimento e a situação de colapso enfrentada pelas nossas emergências produzem uma ferida narcísica nos pacientes e nos profissionais (Azevedo 2005, Azevedo, Fernandes & Carreteiro, 2007). Os primeiros, maltratados, malvistos, vivem uma situação de invalidação social, que funciona simultaneamente no registro psíquico e social, capaz de conformar o que Carreteiro (2003) compreende como uma cidadania negativa. Os profissionais, obrigados a trabalhar em um contexto de 'guerra', sem condições materiais, e os diretores, impedidos de exercer funções intermediárias (Käes, 1994), de ligação, de articulação, de mediação, de apoio e sustentação.

As vivências de ameaça, as angústias de perda, a pressão para que atores/sujeitos voltem-se exclusivamente para o imediato impõem um imaginário de clausura – na leitura de Giust-Desprairies (2002) sobre situações de crise, uma ruptura de sentido, uma quebra nos modos de simbolização da organização.

O trabalho de René Käes e Janine Puget (1991) torna-se fonte fundamental na compreensão teórica do que se encontra em jogo em situações de intensa crise psicossocial como a que vem sendo descrita, compreendida então como uma situação de violência social. Tal violência é descrita como uma "manifestação disruptiva" que "reduz o espaço vincular e de socialização a sua expressão mínima", "desarticula os eixos de pertencimento social" (Puget, 1991: 28) e é capaz de produzir a inibição do pensamento.

Podemos supor, e é importante dar destaque a essas considerações, que essa experiência da crise produza efeitos sobre as capacidades futuras de ilusão, idealização e crença dos sujeitos – gestores, profissionais de saúde, fortalecendo a apatia, o conformismo, contribuindo para a manutenção de um modelo de ação contínua, pautado pelo imediatismo.

O cenário atual fortalece um certo lugar para o hospital no imaginário dos profissionais: mais que nunca os hospitais públicos funcionam como polo contraidentificatório, minimizando, assim, as possibilidades de afiliação, as vivências de pertencimento e também as construções coletivas.

As pesquisas que embasaram o presente capítulo nos levam a reconhecer que, no contexto em que se encontram os hospitais de emergência do Rio de Janeiro, não só se produz a indiferença em relação à dor e ao sofrimento alheios, sua banalização, mas também o agravamento do sofrimento e, mais ainda, também se produzem dor e sofrimento, também se produz o mal. São inúmeras as situações nas quais o descuido ou a indiferença pelo sofrimento alheio se 'embaralham' ou são alimentados (como defesa face ao sofrimento psíquico) na impotência dos trabalhadores ante a precariedade das condições de funcionamento do serviço. No entanto, também vimos que, a despeito do peso desses processos e das condições objetivas de funcionamento do hospital que produzem a insuficiência e até mesmo a cegueira do olhar para o sofrimento do outro, alguns olhares e cuidados ainda parecem possíveis, mesmo que frágeis.

Referências

AQUINO, E. M. M. L. L. *Socorro: quem precisa disso? Um estudo sobre usuários de serviços de emergência no município do Rio de Janeiro*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

AUBERT, N. A neurose profissional. *In*: CHANLAT, J. F. (Coord.). *O Indivíduo na Organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1994. v. II.

AUBERT, N. *Le Culte de l'Urgence*. Paris: Flammarion, 2003.

AZEVEDO, C. S. *Sob o Domínio da Urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

AZEVEDO, C. S. A Dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15, supl. 1: 977-986, 2010.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A. & CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10): 2.410-2.420, 2007.

BIRMAN, J. A Dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 9(2): 09-30, 1999.

BAUMAN, Z. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BIRMAN, J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! *In*: KEHL, M. R. (Org.). *Função Fraterna.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. *In*: CECÍLIO, L. C. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARRETEIRO, T. C. *Exclusion Sociale et Construction de L'Identite*. Paris: Édtions L'Harmattan, 1993.

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. *Psicossociologia USP*, 14(3): 57-72, 2003.

CASTORIADIS, C. O mundo fragmentado. *In*: CASTORIADIS, C. (Org.). *As Encruzilhadas do Labirinto*. São Paulo: Paz e Terra, 1992. v. III

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos. *In*: ROITMAN, A. (Org.). *O Desafio Ético*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. (Orgs.). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999a.

DEJOURS, C. *Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho.* São Paulo: Editora Fundap, 1999b.

DEJOURS, C. Parte I: trajetória teórico-conceitual; Parte II: a clínica do trabalho; Parte III: perspectivas. *In*: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.

DESLANDES, S. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ENRIQUEZ, E. *A Organização em Análise*. Petrópolis: Vozes, 1997a.

ENRIQUEZ, E. *Les Jeux du Pouvoir et du Désir dans l'Entreprise*. Paris: Desclée Brouwer, 1997b.

FREUD, S. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* [1921]. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII. (Obras Completas de Sigmund Freud)

GIUST-DEPRAIRIES, F. Crise. *In*: BARUS-MICHEL, J. *et al*. (Orgs.). *Vocabularie de Psychosociologie*. Paris: Editions Éres, 2002.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. *In*: KAËS, R. *et al.* (Orgs.). *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

KAËS, R. Ruptura catastrófica y trabajo de la memoria. *In*: PUGET, J. & KÄES, R. (Orgs.). *Violência de Estado y Psicoanalisis*. Buenos Aires: Bibliotecas Universitárias, Centro Editor de América Latina, 1991.

KAËS, R. Las condiciones de possibilidad del processo asociativo en los grupos. *In*: KAËS, R. (Org.). *La Invencíon Psicoanalitica del Grupo*. Buenos Aires: Associacíon Argentina de Psicologia y Psicoterapia de Grupo, 1994.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LOUREIRO DOS SANTOS, M. *Cuidados Paliativos e Organização do Trabalho: a concepção na atividade de técnicas e auxiliares de enfermagem*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, L. H. *Cidadãos Peregrinos: os 'usuários' do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial – uma análise a partir de usuários do SUS no Município de Juiz de Fora*, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-583, 2005.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PUGET, J. Violência social y psicoanalisis: de lo ajeno estructurante a lo ajeno-ajenizante. *In*: PUGET, J. & KÄES, R. (Orgs.). *Violencia de Estado y Psicoanalisis*. Buenos Aires: Bibliotecas Universitárias, Centro Editor de América Latina, 1991.

ROSA, N. G. *Dilemas Éticos no Mundo do Cuidar de um Serviço de Emergência*, 2001. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÁ, M. C. *Em Busca de uma Porta de Saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*, 2005. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*, 36(1): 507-527, 2002.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C. & FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.334-1.343, 2008.

SILVA, C. O. *Curar Adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SKABA, M. M. V. F. *O Vício da Adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Abordagem Avaliativa de uma Experiência de Promoção da Saúde no Rio de Janeiro

13

Maria de Fátima Lobato Tavares
Antônio Ivo de Carvalho
Regina Bodstein

Inspirada no Relatório Lalonde (1974) e consubstanciada na Carta de Ottawa (Brasil/MS, 2001), a promoção da saúde revitaliza o debate no campo, definindo as condições fundamentais para a saúde (paz, moradia, educação, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade). A saúde é vista a partir dos determinantes sociais, culturais, econômicos, educacionais, ambientais e ecológicos e de acesso a bens e serviços essenciais. Esses princípios dão origem a um movimento internacional que se organiza em torno de uma nova agenda que coloca a saúde como um bem público universal, na perspectiva de uma visão sistêmica na qual está em jogo o enfrentamento das desigualdades sociais. São estabelecidas cinco estratégias-chave para a promoção da saúde:

- Políticas públicas orientadas pelos princípios do direito à saúde e à qualidade de vida (intersetorialidade);
- Ambientes saudáveis (sustentabilidade e preservação do meio ambiente);
- Ações comunitárias ('empoderamento' e participação);
- Atuação sobre estilos de vida (considerando os componentes estruturais desses comportamentos ou hábitos);
- Reorientação dos serviços de saúde (desafiando programas e práticas tradicionais no campo da saúde pública).

A promoção da saúde está voltada aos grupos sociais, pois tem por base a questão da saúde/doença na sociedade. Busca formação gerencial e técnica, mas também influenciar outros atores sociais chave, tais como aqueles que têm poder de decisão política, institucional e/ou comunitária. Nesse sentido, profissionais que atuam em promoção da saúde e/ou refletem teoricamente sobre ela lhe outorgam um significado mais amplo, menos centrado nas transformações de condutas individuais e mais orientado para a mudança dos determinantes da saúde em nível macrossocial.

Converteu-se num conceito unificador para todos aqueles que admitem que, para poder fomentar a saúde, é necessário mudar tanto as condições de vida como a forma de viver.

Hancock (1994) aponta a relação com o poder desde aquele que se estende aos indivíduos e grupos para que sejam capazes de exercer maior controle em suas vidas e sua saúde pessoal e comunitária, até um segundo nível no qual a saúde se estabelece como uma parte vital da agenda política.

Kickbusch (1996, 2007) considera que a promoção da saúde trata de um novo tipo de política pública, que tem por base os determinantes da saúde, destacando que a Carta de Ottawa teve por finalidade voltar a situar a saúde da população num ponto central, introduzindo um conceito muito ativo e interativo de saúde que é sua relação com os cenários da vida cotidiana.

Alguns elementos em comum apresentam essas definições analisadas anteriormente:

- Em primeiro lugar, destacam que a promoção da saúde relaciona-se com 'o exercício de um maior controle', isto é, busca que indivíduos e grupos assumam maior consciência em face dos seus direitos e das suas responsabilidades em saúde. No entanto, é importante considerar que só há verdadeiro poder de decisão à medida que haja algum nível de acesso a recursos, que reflita níveis mais altos de empoderamento.
- Outro aspecto é o consenso de que a promoção da saúde 'busca incidir na forma de viver das populações, em seus modos de vida'. Relaciona-se com os hábitos, os costumes, as prioridades, que os indivíduos têm e que estão vinculados ao cuidado com sua saúde física e mental.
- Por último, é feita referência à 'identificação e melhoria nos determinantes da saúde'. Em outras palavras, a promoção da saúde não coloca a responsabilidade do estado de saúde nos sujeitos individualmente, pois considera que este se relaciona com as múltiplas causas que afetam o indivíduo e o coletivo e que é necessário tomar decisões que mudem as condições políticas, econômicas e sociais. Assim, para promover a saúde, é necessário modificar tanto as condições quanto a forma de vida.

Nutbean e Blakey (1996) sintetizam o objeto e os propósitos da promoção da saúde destacando que: ela implica trabalhar 'com' as pessoas, não 'para' as pessoas; começa e acaba na comunidade local; está encaminhada até aos determinantes da saúde, tanto os imediatos quanto os subjacentes; interessa-se tanto pelo indivíduo como pelo meio ambiente; enfatiza as dimensões positivas da saúde; e afeta (e deveria envolver), portanto, todos os setores da sociedade e o meio ambiente.

É indubitável, pois, que a promoção da saúde é uma pedra angular da atenção primária e uma função básica da saúde pública, e nesse sentido tem-se conseguido construir um amplo consenso no que diz respeito à estreita relação existente entre promoção da saúde, saúde e desenvolvimento humano e econômico (WHO, 2008).

Considerando a saúde como um bem e recurso público fundamental e direito humano inalienável, a promoção da saúde tem pautado critérios para as boas práticas

governamentais e empresariais (Kickbusch, 2004). Dessa forma coloca no centro do debate atual o enfrentamento das iniquidades em saúde, entendidas como diferenças que são não só desnecessárias e evitáveis, mas, sobretudo, injustas (Whitehead, 2000). Trata-se de uma visão dos determinantes como processos sociais, econômicos, políticos e culturais geradores de iniquidades, o que justifica uma profunda reorientação das políticas e intervenções públicas, visando a promover e proteger a saúde e diminuir as desigualdades em saúde.

A carta de Bangkok de 2005 avança nessa direção ao tratar as políticas de promoção da saúde como ações e compromissos em escala local, nacional e global, voltadas para mudanças abrangentes e complexas sobre a qualidade de vida de grupos e comunidades, com ênfase nos "determinantes sociais em saúde" (WHO, 2005). Com base nessa visão ocorre uma revitalização do debate sobre as políticas públicas saudáveis e o fortalecimento dos ambientes favoráveis à saúde. As mudanças pretendidas enfatizam as políticas e ações comunitárias em situações e contextos de iniquidades, gerando propostas de intervenção multiestratégicas e intersetoriais com a mobilização e ampla participação da sociedade civil. Enfim, a base conceitual que sustenta esta nova proposta e um modelo de intervenção, pode ser assim resumida:

- Desigualdades sociais são determinantes para a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e comunidades;
- Desigualdades são históricas e socialmente construídas, isto é, têm como princípio o reconhecimento de que as desigualdades são estruturalmente determinadas;
- O modelo proposto é por definição multidisciplinar, multiestratégico e multisetorial, estruturado de forma a mobilizar e promover a participação (*from the botton*);
- As mudanças pretendidas para enfrentar as desigualdades em saúde extrapolam o âmbito dos sistemas e serviços de saúde;
- O modelo proposto pretende gerar conhecimento científico que pode ser aplicado às políticas públicas e de saúde (*evidence based policy*).

Promoção da Saúde no Brasil[1]

O esgotamento do paradigma biomédico, a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos e culturais das últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. Entre estas merecem relevância os paradigmas da saúde coletiva no Brasil e a promoção da saúde, nos países desenvolvidos. Ambos os modelos influenciaram o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto pela Constituição Federal de 1988 (CF88) e normatizado pelas leis n. 8.080 e n. 8.142 de 1990 (Brasil, 1990a, 1990b), e que foi gestado por um grupo de sanitaristas que afirmava a importância do social na determinação do processo saúde e doença.

---

[1] Esta seção teve por base o artigo de Carvalho, Westphal e Pereira Lima (2007).

Desde meados da década de 1980, vários acontecimentos que se deram no âmbito nacional contribuíram para que a promoção da saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde.

A Reforma Sanitária brasileira passou a ser amplamente discutida a partir de 1986, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs para a sociedade brasileira conceitos e objetivos muito semelhantes aos apresentados na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, no mesmo ano. Em ambos os documentos – Relatório e Carta de Ottawa – foi definido que a saúde não se reduzia à ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento. Profissionais de saúde envolvidos com o movimento sanitário ocupavam-se naquele momento com a implementação da Reforma Sanitária brasileira ou, mais concretamente, do SUS, idealmente entendido como uma política pública que deveria envolver os vários setores da sociedade (Westphal *et al.*, 2004).

Na prática, os esforços para a implementação do SUS restringiram-se a uma luta do setor saúde para a cura das doenças e, nos últimos tempos, voltada, sobretudo à resolução do financiamento das ações de saúde. Entretanto, se a reforma não concretizou suas propostas iniciais, permitiu uma série de mudanças. Vários progressos foram feitos na perspectiva do SUS: descentralizaram-se as decisões, favorecendo o desenvolvimento de um movimento municipalista de saúde liderado pelos secretários municipais de saúde, fortalecendo a participação e o controle social pela população nas questões de saúde e ampliando conceitos e práticas de saúde.

Outro acontecimento importante deste período foi a Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), realizada na Colômbia, em Bogotá, com participação de 550 representantes de 21 países latino-americanos entre eles o Brasil, com a intenção de discutir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para a melhoria da saúde das populações da região, com vistas à equidade (Buss, 1997).

No ano de 1995, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) se reuniu no Congresso dos Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, Ceará. A Carta de Fortaleza, elaborada ao final, expressou publicamente o interesse da sociedade representativa dos secretários municipais de Saúde nas propostas da promoção da saúde. Mencionou as experiências canadenses de Cidades Saudáveis, destacando a possibilidade de transferir progressivamente a ênfase que o Sistema vinha dando na doença para a produção social da qualidade de vida, onde o principal ator deveria ser o cidadão referido ao seu ecossistema.

Outro aspecto foi o fato de a municipalização da saúde fortalecer-se a partir de uma experiência integradora, participativa e criativa, buscando a construção de Cidades Saudáveis (Westphal *et al.*, 2004).

A partir desse momento, várias propostas de implementação do Projeto Cidades Saudáveis começaram a serem incentivadas pela OPS e por técnicos canadenses, e colocadas

em prática em vários estados do país: Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Alagoas e outros, com o apoio de importantes segmentos da sociedade, especialmente do Conasems. Também a realização do 'I Fórum Brasileiro de Cidades Saudáveis', no Ceará, em agosto de 1998, foi um apoio a estas iniciativas, chegando mesmo a ser lançada a proposta da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis (RBMS) (Westphal, Motta & Bogus, 1998).

Com um objetivo semelhante, foi formado no início de 1998, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), um grupo interestadual e intersetorial para promover estudos, programas experimentais e intercâmbio de experiências entre cidades que vinham desenvolvendo projetos municipais. Este grupo deu origem ao Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis (Cepedoc).

Em 1998, o Ministério da Saúde brasileiro passou por uma reformulação estrutural, sendo as ações de promoção da saúde pela primeira vez, oficialmente inseridas na estrutura, alocadas na recém-criada Secretaria de Políticas, que possuía departamentos correspondentes a áreas de formulação, gestão de políticas e avaliação de políticas de saúde. Neste momento e nesta localização na estrutura foi elaborado o Programa 'Assistência Preparatória: o novo modelo de atenção e a promoção da saúde', por meio do qual se firmou uma cooperação internacional do Ministério da Saúde com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e a ajuda da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) com vistas ao seu financiamento (Nilson & Westphal, 1998).

Havia um grande estranhamento e muita resistência dos profissionais de saúde, especialmente os mais ligados ao movimento sanitário e à saúde coletiva, que confundiam o novo modelo de promoção da saúde – apoiada nos princípios da participação dos sujeitos individuais e coletivos nos processos de tomada de decisão, na busca da equidade e na articulação intersetorial para resolver o problema da ampla determinação do processo saúde/doença – com a promoção da saúde funcionalista, primeiro nível da prevenção primária da história natural do processo saúde e doença de Leavell e Clark ou à promoção da saúde behaviorista (Buss, 2003; Carvalho, 2005).

Essa inserção na Secretaria de Políticas colaborou positivamente para a divulgação e o esclarecimento de propostas e para articulação de ações de promoção da saúde a outras políticas e outros programas de saúde, ampliando as oportunidades de seus princípios, valores e suas estratégias a serem inseridos na formulação dessas políticas e desses programas, na sua implementação e avaliação. Neste período, faziam parte da Secretaria de Políticas, instâncias importantes de negociação de pactos entre as esferas de governo com relação à saúde: Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Conasems e instâncias de participação de associações profissionais e científicas, que abriram espaço para o esclarecimento do significado da promoção da saúde e de suas possibilidades de contribuição na implantação do SUS.

Dois anos depois, quando muitas experiências e muitos debates haviam sido feitos em várias oportunidades, foi pela primeira vez elaborado um documento básico que propunha a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde. Esse documento teve o mérito

de refletir todo o processo que foi sendo construído e articulado entre os diversos atores envolvidos com o tema no país na última década (Brasil/MS, 2002).

Outro evento importante da história da promoção da saúde no Brasil ocorreu em novembro de 2002, com a realização, em São Paulo, da III Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, uma iniciativa conjunta da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, da OPS, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e da USP. A mesma contou com 1.500 participantes que apresentaram seiscentos trabalhos, registrados em Anais, sendo brasileiros a maior parte dos participantes. A grande participação no evento foi uma evidência de que a promoção da saúde já havia formado uma massa crítica significativa no país (Westphal *et al.*, 2004).

Em janeiro de 2003 iniciou-se um novo governo no país e a estrutura do Ministério da Saúde foi reformulada uma vez mais. Os novos dirigentes, muitos deles do movimento da saúde coletiva, novamente mostraram-se resistentes à promoção da saúde, mas, como havia um compromisso internacional de implementar 'um novo modelo de atenção na perspectiva da promoção da saúde', resolveram verticalizá-la, como uma filosofia de atenção, realocando-a na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

A Consolidação da Promoção da Saúde como Política Nacional de Promoção da Saúde[2]

O grupo brasileiro ligado à promoção da saúde constituído por professores de universidades e de centros de formação e gestores de programas continuou a reunir-se no Grupo Temático (GT) de promoção da saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), responsável por estudar e oferecer diretrizes ao governo sobre saúde. Várias oficinas envolveram numerosos participantes, precedendo eventos como o Fórum Social Mundial, Congressos da Abrasco, ou no interior das respectivas programações sendo produzidas importantes contribuições para a construção conceitual do campo, compreensão das práticas orientadas pela estratégia de promoção da saúde e para a construção de uma base programática mais consistente e operacional.

Em relatório consolidado em 2004, a promoção da saúde

> é uma nova referência paradigmática que, retomando e atualizando a agenda interdisciplinar e intersetorial da Reforma Sanitária, inspira e impulsiona o movimento social orientado para mudanças no campo da saúde, em pelo menos três planos da determinação social do processo saúde e doença:
>
> - plano da atenção à saúde, envolvendo esforços de mudança na lógica assistencial e dos modelos de gestão, na direção de neutralizar a hegemonia medicalizante e favorecer a autonomia dos sujeitos;
> - plano da gestão social de políticas públicas, sobretudo no nível local, envolvendo ações intersetoriais nas ações e programas, o combate à fragmentação de políticas,

[2] Esta seção teve por base o artigo de Carvalho, Westphal e Pereira Lima (2007).

motivando o empoderamento dos indivíduos e grupos, assim como a mobilização e integração de organizações governamentais e não governamentais;

- plano do desenvolvimento geral da sociedade – envolvendo a defesa do social como precedente e impulsionador do econômico, combatendo a primazia do crescimento econômico em detrimento da distribuição equitativa de bem estar na sociedade; 'advocacia' da saúde como componente relevante do complexo produtivo, numa concepção avançada de desenvolvimento social e não como consumidor insaciável de recursos públicos. (Abrasco/GT-PS/Dlis, 2004: 3)

Foi também sugerido que todas as instituições de ensino presentes considerassem como sua responsabilidade impulsionar a pesquisa e a formação em promoção da saúde, tanto nas instituições acadêmicas como nas organizações de gestão em saúde, para fazer avançar os conhecimentos e as práticas dessa disciplina na sua inserção na realidade brasileira (Carvalho, 2006). Concomitantemente e por força das pressões dos participantes do GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (Dlis) da Abrasco, o Ministério da Saúde não abandonou o tema, promovendo reuniões que focalizaram basicamente a promoção da saúde na atenção à saúde, e integrando-a à Secretaria de Vigilância à Saúde.

Inicialmente a concepção de promoção da saúde mais aceita entre os profissionais de saúde tinha um teor mais comportamentalista, voltado para o controle dos riscos comportamentais, tais como alimentação, uso do tabaco, álcool e drogas e sedentarismo, sem considerar as condições que interferem nas opções pessoais. Entretanto, discussões frequentes para a definição da Política Nacional de Promoção da Saúde possibilitaram a aproximação das concepções dos atores do Ministério da Saúde com as Cartas Internacionais de Promoção da Saúde e os conceitos propostos pelos participantes do GT de Promoção da Saúde e Dlis da Abrasco.

Em 30 de março de 2006, quando foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), através da portaria n. 687 MS/GM (Brasil/MS, 2006), já estava ratificado o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde com a promoção da saúde e reconhecida a concordância entre os princípios e as diretrizes de ambos. A PNPS tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes: modo de vida, condições de trabalho, habitação ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Saúde, no referido documento, é considerada o "resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico" (Brasil/MS, 2006: 13). Há o reconhecimento de que o processo saúde/doença está associado a determinantes mais amplos, impossíveis de serem modificados somente pelo aparato biomédico. Essa abordagem pode "favorecer a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham" (Brasil/MS, 2006: 15).

A promoção da saúde foi considerada como

> um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e

> outros setores do governo, o setor privado e não governamental, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (Brasil/MS, 2006: 18)

Pressupõe, portanto, que o setor da saúde, via ações de promoção da saúde, se responsabilize pela execução de ações intersetoriais, uma vez que, para dar conta das determinações sociais dos problemas, são necessárias ações para ampliação de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o setor saúde.

Para a consecução dos objetivos da PNPS, de acordo com as suas diretrizes, pode-se identificar dois planos de ação já mencionados que correspondem aos indicados pelo GT da Abrasco, visando ao desenvolvimento das ações de promoção da saúde: atenção à saúde e gestão social de políticas.

Para a implementação da PNPS foi instituído pelo Ministério da Saúde um comitê gestor, do qual fazem parte, representantes de todas as secretarias do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Fiocruz, Instituto Nacional do Câncer e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, não havendo nenhum membro externo ao setor da saúde. Cabe ao comitê gestor articular dentro do Ministério da Saúde todos os procedimentos voltados para produzir saúde. Para o biênio 2006-2007 foram priorizadas ações voltadas para a divulgação da Política e o estabelecimento de estratégias para o desenvolvimento das ações específicas já mencionadas. O comitê deverá interagir e integrar as três esferas de governo para que as estratégias propostas sejam incluídas no Pacto em Defesa da Vida e se constituam em ações intersetoriais nos estados e municípios, tarefa bastante difícil. Programas de educação permanente para os profissionais de saúde serão uma das estratégias prioritárias incentivadas pelo comitê gestor, para facilitar a implementação da Política.

As estratégias de promoção da saúde no Brasil propõem mudanças em pelo menos três âmbitos, a saber:

- No âmbito do sistema de atenção à saúde, em que se impõem a desmedicalização e a reorientação dos serviços de modo que possam acolher e apoiar indivíduos e grupos na construção da autonomia e do empoderamento *vis-à-vis* o planejamento e desenvolvimento de ações específicas de promoção da saúde no âmbito da atenção básica e das estratégias de saúde da família;
- No âmbito da gestão e do desenvolvimento local, em que se implementam ações intersetoriais pela saúde e qualidade de vida, como resultado e como motivação para o *empowerment* das populações e dos sujeitos;
- No âmbito da formulação de políticas e diretrizes gerais para o desenvolvimento sustentável e com qualidade de vida (Carvalho, 2006).

A Importância das Abordagens Avaliativas em Promoção da Saúde

O desafio para a promoção da saúde tem sido propor um referencial teórico que reoriente as práticas a partir da articulação entre estilo de vida (*habitus*, no sentido da concepção de Bourdieu, 1996), processo de implementação participativo de políticas e conhecimento científico aplicado ao campo da saúde. A promoção da saúde, ao propor um modelo abrangente e estrutural (Potvin & Lessard, 1994; Rütten, 1995; Potvin, Haddad & Frohlich, 2001; Carvalho *et al.*, 2004), evidencia a crítica ao modelo biomédico e normativo tradicional e a importância das mudanças efetivas e sustentáveis dentro de contextos socialmente definidos.

A promoção da saúde está voltada para um modelo que ultrapasse os fatores de risco atribuídos a comportamentos individuais para incluir no modelo padrões de comportamento que definam estilos de vida relacionados à saúde. Esses padrões são indissociáveis dos contextos e espaços em que as relações sociais ocorrem.

Tendências recentes em avaliação vêm problematizando as intervenções a partir de esquemas analíticos mais abrangentes e da compreensão da natureza sociopolítica dos programas. Está presente a necessidade de identificar elementos estruturantes e que condicionam as intervenções, incluindo o contexto e os cenários, a população-alvo, relações e interesses envolvidos, mecanismos e atividades desencadeadas *vis-à-vis* conflitos e impasses gerados. A especificidade do contexto que condiciona e explica, em grande parte, a configuração particular e o processo de implementação dos programas é um elemento-chave para esses esquemas. A avaliação trata de analisar os programas a partir da compreensão dos principais atores envolvidos no processo decisório, de seus interesses e de suas racionalidades, *vis-à-vis* ao contexto altamente reflexivo em que os programas e as avaliações acontecem (Shadish, Cook & Leviton, 1991).

Para a compreensão das iniciativas participativas e de base comunitária, tal como as intervenções propostas para a melhoria da saúde e da qualidade de vida, modelos abrangentes e reflexivos em relação ao contexto social são fundamentais. Na medida em que se articulam simultaneamente várias estratégias voltadas para promoção da saúde de uma população definida, têm como ponto de partida o diálogo e a colaboração entre diversos setores governamentais e sociedade civil. A convergência entre as propostas; a interdisciplinaridade das ações; a intersetorialidade e a colaboração; e o interesse da população são elementos-chave (Potvin, Haddad & Frohlich, 2001; Rootman *et al.*, 2001). Nessa perspectiva, políticas e programas de promoção da saúde preocupam-se com as práticas que se desenvolvem em espaços socialmente definidos, em que demandas econômicas, sociais, culturais, ambientais e políticas emergem e são vocalizadas. Iniciativas mais inovadoras estão preocupadas com as desigualdades em saúde que se manifestam em situações de vulnerabilidade, pobreza e/ou exclusão social.

A avaliação aparece como um componente importante dessas iniciativas. Tem o mérito de trazer uma perspectiva reflexiva e articular pesquisa e processo decisório, na medida em que incita o diálogo e a colaboração entre pesquisadores, gestores, profissionais

e população envolvida. Desempenha um papel fundamental produzindo conhecimento e informações cruciais para o aprofundamento do diálogo entre todos os envolvidos. A avaliação de iniciativas e ações multiestratégicas, participativas e intersetoriais contribui para o entendimento e o consenso em torno dos objetivos, das atividades e dos resultados que, muitas vezes, são implementados a partir de propostas consistentes e justificáveis eticamente, mas genéricas do ponto de vista operacional, como é o caso das propostas: de 'políticas e municípios saudáveis', 'inclusão social', 'empoderamento', 'desenvolvimento social', melhoria da 'qualidade de vida', fortalecimento do 'capital social', entre outras. As intervenções propostas no âmbito da promoção da saúde articulam quase sempre um conjunto considerável de instituições, setores sociais, parcerias entre níveis distintos de governo e uma diversidade de organizações sociais. Nesse contexto a avaliação ajuda a estruturar e a dar sustentabilidade técnica e política às iniciativas, diante de interesses nem sempre colaborativos.

A efetividade das iniciativas com essas características depende em grande parte, da colaboração e cooperação entre diversos atores (gestores, técnicos e população), mas, sobretudo, da corresponsabilização dos indivíduos e das comunidades. O envolvimento e a adesão no processo decisório em torno das atividades e medidas propostas constituem a base de sustentação dessas ações. As mudanças efetivas são aquelas que reconhecem a diversidade de culturas, hábitos ou estilos de vida e o processo de reconstrução de identidades sociais, do fortalecimento da cidadania e a conformação de redes locais (Pawson, 2003; Sullivan, Barnes & Matka, 2002). A mobilização está atrelada ao reconhecimento de circuitos positivos de sociabilidade e de confiança preexistentes, isto é, um conjunto de atividades sociorrecreativas, esportivas e culturais da própria comunidade. A presença e a participação comunitária nessas atividades revelam em grande parte o capital social acumulado, constituindo um recurso fundamental para a mobilização e participação em outras iniciativas públicas, mesmo em contextos marcados por exclusão social e ausência de equipamentos urbanos básicos, como foi visto no caso de Manguinhos no Rio de Janeiro (Peres *et al.*, 2005). Identificar a diversidade dos circuitos e das formas de sociabilidade e de reciprocidade – dado seu caráter relacional, mas também crítico e reflexivo – é crucial para as mudanças pretendidas e para o engajamento em iniciativas de mudança social mais abrangente.

Abordagens avaliativas, no caso de propostas de promoção da saúde, contribuem, portanto, para sistematizar, dar visibilidade e consistência ao programa e seus efeitos, já que estamos falando de iniciativas marcadas por um grau considerável de diálogo, colaboração, reflexividade e/ou responsividade[3] em relação aos atores e ao contexto. Podem ser constituídas de articulações frágeis e improvisadas, sem um planejamento e uma organização que dê suporte, enfim, sem um conjunto de iniciativas que vão sendo desenvolvidas e testadas. Por falta de uma clara teorização (ou pela ausência de um modelo teórico) *vis-à-vis*

[3] Responsividade diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado (Blendon *et al.*, 2001).

aos objetivos complexos e às vezes pouco específicos, tais como direitos sociais, cidadania, empoderamento e autonomia, cabe ao avaliador sistematizar e dar sentido a esse conjunto fragmentado de processos, informações e resultados.

Em iniciativas de base comunitária e intersetoriais voltadas para objetivos abrangentes, a abordagem avaliativa ajuda na própria implementação do programa, na medida em que amplia o diálogo e o debate em torno dos objetivos e das propostas. Preocupadas com a melhoria da qualidade de vida e, portanto, frequentemente voltadas para as questões estruturais e para os chamados determinantes sociais da saúde, as iniciativas operam em contextos de profunda desigualdade social e em cenários de extrema pobreza e vulnerabilidade. De tal forma, as abordagens avaliativas, tais como as iniciativas, são reflexivas em relação aos contextos sociais e políticos em que os programas atuam e onde as estratégias participativas e de empoderamento acontecem.

Modelos teóricos são fundamentais para a avaliação de programas tendo em vista que clarificam as conexões das proposições com seus efeitos, e permitem o ajuste entre sua concepção, seus objetivos operacionais e as atividades desenvolvidas. Avançam na compreensão do porquê falham e de como podemos aprender e produzir conhecimento a partir das experiências sejam elas, bem ou malsucedidas (Chen, 1990). A complexidade das intervenções de promoção da saúde desafia a busca de evidências e provas de sua efetividade (Rootman *et al.*, 2001; Potvin *et al.*, 2001; Barnes, Matka & Sullivan, 2003). Apesar do processo decisório ampliado e do ambiente altamente político e incerto que envolve os programas em seu contexto, quase todos voltados para o combate às desigualdades e/ou inclusão social e ampliação de direitos, a avaliação se propõe a identificar mecanismos operativos que respondem pelas mudanças e pelos efeitos observados das intervenções. Enfim, estas características exigem um esforço analítico para identificar não só seus principais componentes, mas a chamada 'teoria do programa' que permite relacionar as atividades aos efeitos e às mudanças produzidas.

A Iniciativa de um Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável em Manguinhos (RJ)

No Brasil, programas de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (Dlis) foram desenhados em meados dos anos 90, tendo como marco a concepção de desenvolvimento como um processo participativo, equitativo e sustentável (Cepal, 1991) e, portanto, a partir de um conceito de "desenvolvimento local como um processo social que reúne crescimento econômico com redistribuição e melhoria da qualidade de vida da comunidade" (Buss & Ramos, 2000: 15). Seu processo envolve políticas intersetoriais *vis-à-vis* organizações de redes de apoio social em um dado espaço socioterritorial.

A ideia incluía os componentes de geração de emprego e renda (microcrédito e cooperativismo), habitação, saneamento, saúde e educação entre outros, a partir de um diagnóstico participativo acerca dos principais problemas e demandas de um território/comunidade local (Cepal, 1991; Franco, 1998; Buss & Ramos, 2000). As experiências de

Dlis na década de 1990 ocorreram em comunidades e municípios pequenos do interior do país, em grande parte, priorizando mecanismos de geração de emprego e renda, por meio de parcerias entre o setor público e privado (Franco, 1998; Buss & Ramos, 2000; Krutman, 2004). Em meados da década de 1990, a iniciativa ainda era inédita em grandes regiões metropolitanas e em comunidades faveladas, representando um grande desafio para o modelo proposto.

O marco inicial para o programa Dlis/Manguinhos foi o diálogo e a formação, em 1999, de um grupo constituído de representantes de diversas instituições acadêmicas, secretarias estaduais e municipais e de grandes empresas públicas e privadas, liderado pela Ensp/Fiocruz, visando a uma ação integrada para a melhoria da qualidade de vida na região de Manguinhos, onde se localiza a Ensp. Conforme a proposta foi ganhando consistência, o grupo responsável pela coordenação sentiu a necessidade de envolver um grupo de pesquisadores para acompanhar o programa, que desenhou uma proposta de avaliação com profissionais em torno das discussões sobre promoção e desenvolvimento comunitário na região que constitui a área de abrangência do Centro de Saúde Escola da Ensp. O envolvimento e a participação nas reuniões da coordenação do Dlis foi crucial para o acompanhamento do processo decisório, o planejamento das ações e seus desdobramentos para a implantação do programa.

A equipe de avaliação foi integrada ao grupo de coordenação do Dlis, participando como observadora da maioria de suas reuniões e decisões. A perspectiva avaliativa do programa de Manguinhos procurou analisar um modelo de intervenção que tinha como inspiração não só a proposta de Dlis, mas que entendia promoção da saúde de um ponto de vista radical e sistêmico – a partir do enfoque dos determinantes sociais (Ferreira & Buss, 2002; Carvalho *et al.*, 2004; Tavares *et al.*, 2007) – tendo como principal atribuição monitorar e sistematizar o programa a fim de colaborar na proposta e garantir a sistematização e disseminação da metodologia de implantação do Dlis.

Questões Avaliativas

A avaliação acompanhou e sistematizou o processo de tomada de decisão que envolvia um considerável conjunto de atores e de propostas intersetoriais, voltados para a mobilização de uma comunidade (ou melhor, um conjunto de 11 comunidades locais) particularmente conturbada como no caso de Manguinhos (Bodstein, Zancan & Estrada, 2001). Isto é, o grupo responsável pela avaliação estava diante de uma intervenção não só especialmente complexa, com inúmeros atores, conflitos e interesses em jogo, mas que pressupunha o envolvimento e a colaboração ativa de diversos setores do estado, da prefeitura e das empresas da região, mas, sobretudo, a mobilização e participação dos moradores. A perspectiva de se enfocar a avaliação na dinâmica da implantação do programa (Hartz, 1999; Denis & Champagne, 1997; Rootman *et al.*, 2001), no caso, em um contexto socioterritorial de extrema pobreza e de grande violência, foi fundamental. Estava em jogo uma compreensão de que a avaliação voltada unicamente para buscar resultados e efeitos não era adequada (Chen, 1990; Pawson & Tilley, 1997), diante de objetivos abrangentes e

estratégias multifocais em um território extremamente desfavorável, considerando a pouca presença ou ausência quase absoluta do poder público na região. A abordagem avaliativa concentrou-se no que parecia essencial na concepção do programa: sua dinâmica de implantação através de mecanismos e estratégias de mobilização comunitária (fóruns locais) e de pactuação de uma agenda de desenvolvimento multisetorial.

A literatura sobre avaliação da experiência das *Health Action Zones* (HAZs), experiências desenvolvidas na Inglaterra no final dos anos 90 em áreas urbanas degradadas e socialmente vulneráveis, foi útil na medida em que os princípios e objetivos guardavam semelhanças com a experiência de Manguinhos, apesar da diferença nos níveis de desigualdade social entre os dois países. No caso inglês, diferentemente da proposta de Dlis, a inciativa partiu de uma ação planejada centralmente pelo Ministério da Saúde, visando a uma abordagem sistêmica das desigualdades em saúde, tendo como perspectiva um programa a ser implementado em sete anos, com alocação específica de recursos e com indução da sua execução e posterior avaliação pelo nível central (Sullivan, Barnes & Matka, 2002; Barnes, Matka & Sullivan, 2003; Springett, 2005).

Na perspectiva avaliativa adotada para acompanhar a implantação do Dlis, buscou-se identificar os principais processos e práticas que pudessem dificultar ou impedir que as ações intersetoriais e a participação das comunidades acontecessem. Os níveis crescentes de violência e seu impacto não só na qualidade de vida, mas também no padrão de sociabilidade e colaboração e ação coletiva local foram os principais mecanismos identificados (Jackson *et al.*, 2003, Bodstein & Zancan, 2003; Peres *et al.*, 2005). Isto é, no contexto de Manguinhos procurou-se analisar processos que historicamente dificultam ações colaborativas, diante de um circuito em que a disputa por espaço e recursos políticos é acirrada e violenta. Assim, o processo avaliativo levou em consideração que os programas sociais são, acima de tudo, sistemas sociais e, mais do que isso, que os programas funcionam à medida que introduzem ideias ou recursos em um conjunto já estruturado de relações sociais (Pawson & Tilley, 1997; Pawson, 2003; Sullivan, Barnes & Matka, 2002).

O caráter inovador do programa e os impasses na sua implantação direcionaram a proposta avaliativa para o acompanhamento e a análise dos diversos processos de interlocução que foram construídos nos dois anos e meio de duração do programa. A característica mais marcante do Dlis em Manguinhos foi a dinâmica de interlocução e pactuação em torno do chamado comitê gestor. Este comitê representava um grupo de liderança local, envolvendo pesquisadores, profissionais e técnicos e a administração pública (em seus dois níveis, estadual e municipal), entre setores distintos do governo (habitação, saúde, trabalho, entre outros) e entre governo e sociedade (empresas privadas e organizações sociais presentes na comunidade). A proposta de avaliação do Dlis foi desenvolvida com autonomia, desenhada e redesenhada à medida que a equipe de avaliação atuava de forma integrada ao comitê gestor, participando das reuniões onde as decisões eram tomadas. Dessa forma, foi possível acompanhar e documentar *in loco* a formação de um espaço decisório, que, pela constituição e representatividade de seus membros, estabeleceu uma articulação e um diálogo inédito para a região. O fato de a equipe de avaliação ter assento nas reuniões

periódicas da coordenação do programa permitiu que as inúmeras dificuldades e os inúmeros impasses na implementação das decisões intersetoriais, na integração das agendas e pactuação das ações – tanto no plano governamental como no plano comunitário – fossem documentadas. A abordagem avaliativa se beneficiou tanto do conhecimento sobre a concepção e as principais características do programa como de um conhecimento mais reflexivo, construído por meio da participação no processo de tomada de decisão e no debate das propostas e ações que caracterizavam as reuniões do comitê gestor.

A avaliação esteve centrada nos princípios e objetivos que orientaram a construção do programa, isto é, na visão abrangente que compreende os determinantes sociais, ambientais, culturais, políticos e técnicos da saúde *vis-à-vis* a análise do contexto em que a proposta estava inserida. Nesse caso, a avaliação se concentra em processos, componentes e mecanismos que são introduzidos em contextos altamente desfavoráveis do ponto de vista da ausência de serviços e equipamentos públicos e do ponto de vista da confiança no poder público. O conhecimento substantivo sobre os princípios e os objetivos do programa bem como sobre os dilemas para sua implantação motivaram a formulação das questões avaliativas concentradas nas questões-chave que estruturam o modelo teórico da promoção da saúde. Por um lado, o processo de interlocução e pactuação de estratégias intersetoriais que tinham como foco a região de Maguinhos. Por outro, um processo de mobilização comunitária que pressupunha uma estratégia de participação ampliada, via a constituição de fóruns comunitários e o consenso em torno de uma agenda integrada de desenvolvimento local. A avaliação priorizou as dificuldades e os impasses na implantação e na curta duração do programa, isto é, nos desafios de uma proposta em um cenário organizacional e participativo altamente conflituoso e adverso a ações colaborativas. Foi crucial para registrar os conflitos politicos que se acirravam e impediam o aporte de recursos para as ações propostas de habitação, melhoria de infraestrutura urbana e de geração de renda.

As questões avaliativas estiveram voltadas para as dificuldades na interlocução e organização dos moradores e representantes comunitários diante da diversidade e clivagem de interesses locais. O 'contexto do programa' foi analisado como um conjunto estruturado de relações capazes de moldarem práticas sociais e interesses políticos. O caso permitiu identificar uma clivagem entre grupos locais e associação de moradores, responsável pela falta de diálogo, de confiança e de colaboração em relação ao programa e às mudanças pretendidas. O uso de metodologia qualitativa, para a compreensão de interesses que modelam práticas e estruturam relações historicamente presentes nas comunidades foi fundamental diante dos objetivos e das questões que atravessaram a implantação do programa. Isto é, no caso do Dlis Manguinhos, havia o conjunto de relações e interesses próprios da esfera intergovernamental, e um espaço definido pelos interesses e pelas clivagens no interior das comunidades, ambos igualmente atravessados por conflitos e contradições, por um ambiente altamente politizado e pouco propício ao consenso e à colaboração, quer no encaminhamento das propostas intersetoriais, quer em relação às demandas e necessidades das comunidades. A falta de integração entre setores e agências governamentais e o fato

de cada setor ter seus próprios objetivos e interesses foram aspectos que os pesquisadores puderam observar porque estiveram presentes nas reuniões e em todos os fóruns de discussão do programa.

Tanto o processo avaliativo como o diálogo em torno do programa em Manguinhos foram realizados em grande parte com o apoio e a participação ativa de um grupo de moradores, atuando como 'mediadores culturais'. O trabalho de colaboração com esses atores teve início já na fase do diagnóstico participativo da região em que os moradores puderam falar e veicular suas principais preocupações e demandas. Posteriormente, permitiu que o espaço social e os circuitos de solidariedade de Manguinhos fossem mapeados, tendo em vista potencializar e dar visibilidade a ações socioculturais, recreativas, e iniciativas públicas e privadas existentes na região. A identificação e o trabalho junto aos mediadores, todos moradores e todas lideranças locais vinculados a ONGs e ao Centro de Saúde da Ensp, viabilizaram o trabalho de campo em uma região de acesso quase impossível, dados os níveis de violência. Em contrapartida, o processo avaliativo pôde não só reconhecer a importância do trabalho dessas lideranças na preservação de um circuito local de sociabilidade e de solidariedade – tão necessário para a qualidade de vida e para a diminuição da violência local – como também dar visibilidade ao 'capital sociocultural' presente na comunidade.

A avaliação analisou a importância do Centro de Saúde Escola da Ensp/Fiocruz junto à comunidade e ao programa, na medida em que constitui um espaço e serviço extremamente respeitado pelos moradores de Manguinhos, favorecendo a integração de ações e a participação social. A riqueza da avaliação foi não só identificar obstáculos e dificuldades do programa, mas identificar processos virtuosos e potencialidades locais a partir de práticas e de vínculos sociais consolidados. A avaliação da implantação do programa mostrou que iniciativas com as características do Dlis dependem, em grande parte, da ampliação do espaço decisório através de uma dinâmica capaz de mobilizar e valorizar o conjunto das organizações sociais presentes e atuantes no local, mas também de uma nova dinâmica de poder (Bodstein & Zancan, 2003).

Conclusões

Como já mencionamos, saúde é um direito garantido ao cidadão brasileiro pela CF88, que apresenta no capítulo de saúde um conceito amplo, que transcende a ausência de doença e sugere estratégias de recuperação, promoção e proteção da saúde. Apesar da explicitação legal da importância de que o sistema se ocupe desta trilogia de ações, a promoção da saúde continua sendo tratada de forma incipiente no país, tanto dentro do setor da saúde como fora dele, incluindo os meios acadêmicos.

A história da saúde pública brasileira, apresentada aqui, permite compreender alguns dos motivos para uma resistência à adoção da promoção da saúde como um paradigma orientador, como uma estratégia de ação, como princípio orientador de processos de produção social da saúde, conforme definida pela Carta de Ottawa e apresentada no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006.

Há, realmente, disseminadas na sociedade, várias concepções de promoção da saúde, de caráter comportamentalista ou relacionadas ao modelo explicativo da história natural do processo saúde/doença, que não têm conexão com as concepções e os princípios discutidos e assumidos, por exemplo, pelos participantes do GT de Promoção da Saúde e Dlis da Abrasco ou que perpassam as Cartas das Conferências Internacionais de promoção da saúde e que ainda sejam coerentes com os princípios do SUS.

É fundamental, para que se possa discutir uma PNPS e sua avaliação, que esteja claro qual o referencial teórico no qual o avaliador vai se apoiar para acompanhar, analisar e sugerir modificações nas práticas sobre as quais estará realizando seu estudo.

Em relação à avaliação, aqueles que introduziram a política comentam que, até o momento, o desenvolvimento de estudos para identificar evidências da efetividade da promoção da saúde estiveram vinculados a comportamentos e hábitos dos sujeitos e, portanto, vinculados à concepção comportamentalista da promoção da saúde. As metodologias utilizadas para avaliação da mudança de comportamentos foram estudos epidemiológicos, demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença, ou ainda estudos observacionais prospectivos e até ensaios clínicos randomizados.

Persiste, portanto, o desafio de realizar estudos e pesquisas para avaliar os resultados da PNPS e as ações propostas em sua amplitude, referenciadas nos conceitos e princípios estabelecidos pelo SUS e também indicados na Carta de Ottawa, tais como integralidade, equidade, corresponsabilidade, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, sustentabilidade, entre outros. Persiste o desafio de monitorar e avaliar programas e, mais ainda, de implantar esta política em um país de dimensões continentais e com tantas iniquidades sociais. Para demonstrar que a promoção é efetiva na consecução dos objetivos a que se propõe, é necessário criar estratégias de avaliação que identifiquem resultados apesar da complexidade desta nova proposta e do uso que faz de multimétodos de ação para que sejam verificados os efeitos líquidos de cada um dos métodos e estratégias utilizadas. Só assim será possível colaborar para a formação de sujeitos autônomos capazes de promover mudanças no *status quo*, interferindo na determinação social do processo saúde/doença.

Referências

ABRASCO/GT-PROMOÇÃO DA SAÚDE/DLIS. Promoção da Saúde consolida-se como Grupo Temático da Abrasco e propõe articulação com os demais GTS. *In*: PRÉ- CONGRESSO DE EPIDEMIOLOGIA, jun. 2004, Recife. Disponível em: <www.abrasco.org.br>.

BARNES, M.; MATKA, E. & SULLIVAN, H. Evidence, understanding & complexity – evaluation in non-linear systems. *Evaluation*, 9(3): 265-284, 2003.

BLENDON, R. J.; KIM, M & BENSON, J. M. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*, 20(3): 10-20, 2001.

BODSTEIN, R. & ZANCAN, L. Monitoramento e avaliação do programa de desenvolvimento local integrado e sustentável. *The Integrated Local Development Project*. *Relatório de Pesquisa*. Rio de Janeiro, 2003.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L. & ESTRADA, D. *Guia de Equipamentos e Iniciativas Sociais em Manguinhos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BOURDIEU, P. *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus, 1996.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Presidência da República, 1990a.

BRASIL. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Brasília: Presidência da República, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto Promoção da Saúde: declarações das conferências de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 MS/GM, de 30 mar. 2006. Política nacional de promoção da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006. Disponível em: <www.saúde.org.br>.

BUSS, P. M. A Promoção da saúde no desenvolvimento sustentável. *In*: SEMINÁRIO INSTITUCIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE – SESC. I, 2-5 dez. 1997, Rio de Janeiro.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. F. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M. & RAMOS, C. L. Desenvolvimento local e agenda 21: desafios da cidadania. *Cadernos da Oficina Social*, (3): 13-65, 2000.

CARVALHO, A. I. Promoção da saúde: novos rumos da saúde pública. *Portal Click Saúde*, 7 nov. 2006. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/informe/INDEX cfm>. Acesso em: 5 mar. 2007.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F. & PEREIRA LIMA, V. L. G. Health Promotion in Brazil. *Revista Promotion & Education,* edição especial, 1: 7-12, 2007.

CARVALHO, A. I. *et al*. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3): 521-530, 2004.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CEPAL. *El Desarrollo Sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente.* Santiago do Chile: ONU, 1991. (Publicação da Organização das Nações Unidas n. Doc. LC/G 1648.)

CHEN, H. *Theory-Driven Evaluations*. London: Sage, 1990.

DENIS, J. L. & CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. *In*: HARTZ, Z. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1997.

FERREIRA, J. R. & BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? *In*: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R. & MARCONDES, W. B. (Orgs.). *Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco, Fiocruz, 2002.

FRANCO, A de. Desenvolvimento local, integrado e sustentável: dez consensos. *Proposta: desenvolvimento local, integrado e sustentável II*, 78: 6-19, 1998.

HANCOCK, T. Health promotion in Canada: did we win the battle but lost the war? *In*: PEDERSON, A.; O'NEILL, M. & ROOTMAN, I. (Eds.). *Health Promotion in Canada*. Toronto: W. B. Sauders Canada, 1994.

HARTZ, Z. Pesquisa avaliativa em promoção da saúde. *In*: BUSS, P. M. (Org.). Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro, 1999. (Mimeo.)

JACKSON, S. F. *et al*. Working with Toronto neighborhoods toward developing indicators of community capacity. *Health Promotion International*, 18(4): 339-350, 2003.

KIKCBUSCH, I Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *In*: OPS. *Promoción de la Salud: una antologia*. Washington: OPS, 1996. (Publ. Cient. 557)

KIKCBUSCH, I. The end of public health as we know it: constructing global health in the 21st century. *In*: INTERNATIONAL CONGRESS ON PUBLIC HEALTH WORLD FEDERATION OF PUBLIC HEALTH ASSOCIATONS, 10, 2004.

KIKCBUSCH, I. Avanzar hacia una nueva salud pública. *Promotion & Education*, 14: 58-59, 2007.

KRUTMAN, H. M. *Fatores Críticos no Êxito da Gestão de Projetos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável*, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974.

NILSON, E. A. F. & WESTPHAL, M. F. Country report of Brazil: priorities and major health promotion efforts in 1998-1999. *In*: WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Megacountry Health Promotion Network*. Geneva: WHO, 1998. (Annex E: Countries Reports)

NUTBEAM, D. & BLAKEY, V. El concepto de promoción de la salud y la prevención del Sida. Una base integrada y general para la acción en los años noventa. *In*: OPS. *Promoción de la Salud: una antologia*. Washington: OPS, 1996. (Publ. Cient. 557)

PAWSON, R. Nothing as practical as a good theory. *Evaluation*, 9(4): 471-490, 2003.

PAWSON, R. & TILLEY, N. *Realistic Evaluation*. London: Sage, 1997.

PERES, F. *et al*. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 757-769, 2005.

POTVIN, L. & LESSARD, R. Le paradoxe de l'evaluation des programmes communautaires multiples de promotion e la santé. *Ruptures*, 1: 45-57, 1994.

POTVIN, L.; HADDAD, S. & FROHLICH, K. Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. *In*: ROOTMAN, I. *et al*. (Orgs.). *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO, 2001. (WHO Regional Publications. European Series, 92)

ROOTMAN, I. *et al*. (Orgs.). *Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO, 2001. (WHO Regional Publications. European Series, 92)

RÜTTEN, A. The implementation of health promotion: a new structural perspective. *Social Science & Medicine*, 41(12): 1.627-1.637, 1995.

SHADISH W. R. J. R.; COOK, T. D. & LEVITON L. C. *Foundations of Program Evaluation: theories of practice*. Thousands Oaks: Sage, 1991.

SPRINGETT, J. Geographically – based approaches to the integration of health promotion into health systems: a comparative study of two health action zones in the UK. *Promotion & Education*, supl. 3: 39-44, 2005.

SULLIVAN, H.; BARNES, M. & MATKA, E. Building Collaborative Capacity through 'theories of change' – early lessons from the evaluation of HAZ. *England. Evaluation*, 8(2): 205-226, 2002.

TAVARES, M. F. L. *et al*. Analyzing the outcomes of health promotion practices. *Promotion & Education*, supl. 1: 21-26, 2007.

WESTPHAL, M. F.; MOTTA, R. M. M. & BOGUS, C. M. Contribuição para formação de uma rede brasileira de municípios Saludables. *Jornal do Conasems*, ago. 1998.

WESTPHAL, M. F. *et al.* A promoción de salud em Brasil. *In*: ARROYO, H. V. (Org.). *La Promoción de la Salud em América Latina: modelos, estructuras y vision crítica*. 1. ed. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico, 2004.

WHITEHEAD, M. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Genova: WHO, 2000.

WORLD ORGANIZATION (WHO). The Bangkok charter for health promotion, in a globalized world, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2008: primary health care now more than ever*. Genebra: WHO, 2008.

A Distribuição das Necessidades de Saúde e da Oferta na Atenção Primária no Estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para a identificação de prioridades de investimento

14

Sílvio Ferreira Júnior
Silvia Marta Porto
Maria Alicia D. Ugá

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem buscado a reconversão do modelo de atenção à saúde, com vistas à organização dos serviços de atenção básica – fortemente orientados para as ações de promoção e prevenção –, buscando romper com a hegemonia do cuidado curativo, centrado na atenção hospitalar (Brasil/MS, 2006d; Wilken, 2005).

Conforme conceito adotado pelo Ministério da Saúde, a atenção básica deve caracterizar-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que utilizem tecnologias de menor densidade, porém de elevada complexidade cognitiva, e que abranjam a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve orientar-se pelos princípios constitucionais da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil/MS, 2006c).

Percebe-se, assim, uma ruptura com a concepção redutora desse nível de atenção, compreendida, na prática social, como algo muito simples que pode ser ofertado de qualquer forma e em quaisquer circunstâncias, acarretando um padrão de assistência de limitado alcance e de pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde da população (Brasil/MS, 2003; Pestana & Mendes, 2004).

Nessa revisão de concepção, esse nível de atenção passa a corresponder ao que se tem chamado, na literatura internacional, de atenção primária à saúde, termo instituído para marcar a alta complexidade cognitiva requerida nesse primeiro contato (Brasil/MS, 2006c; Mendes, 2004; Starfield, 2002). Estima-se que uma atenção primária eficaz seja capaz de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância da população de determinada localidade – entre 80% e 85% (Pestana & Mendes, 2004; Brasil/MS, 2006c). Ademais, é de se esperar que, à medida que se efetive o modelo de atenção centrado na atenção primária, haverá alteração no perfil da demanda por serviços de maior complexidade/custo. Como ilustração, pode-se esperar uma dimi-

nuição do número de internações por doenças crônicas, na clínica médica e pediatria, o que contribuiria para suprir as restrições financeiras nas áreas de cirurgias eletivas, unidades de tratamentos intensivas (UTI's) neonatais, dentre outras cuja demanda é reprimida (Brasil/MS, 2001a).

As características dos recursos físicos e humanos requeridos na atenção primária sugerem a viabilidade de se garantir esse nível de atenção em todos os municípios do país, de maneira que o Ministério da Saúde passou a estabelecer, desde meados dos anos 90, as normas para programação de uma atenção cada vez mais resolutiva, de responsabilidade dos municípios, não estando previstos fluxos intermunicipais de pacientes nesse nível de atenção (Brasil/MS, 2006a, 2006b, 2002a, 1997).

No que se refere aos demais níveis de atenção, caracterizados como de média e de alta complexidade (atenção secundária e terciária), estes devem estar concentrados em um número menor de municípios, que devem cumprir o papel de sede/polo microrregional/regional, atendendo aos pacientes do território demarcado. Por requererem maior adensamento tecnológico e por embutirem elevados custos unitários, a concentração desses serviços se justifica como forma de garantir economias de escala e de escopo, necessárias à viabilização do seu financiamento, bem como imprescindíveis à qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2006b, 2006d; Mendes, 2004; Artmann & Rivera, 2003).

Dessa forma, no âmbito da regionalização da saúde, teoria e prática sugerem que a atenção primária é o nível de atenção que, dadas as suas características intrínsecas (potenciais e efetivas), é a 'porta de entrada preferencial' do sistema de saúde, onde se determinam as necessidades de saúde da população local, nos seus diversos níveis de atenção. A integração da atenção primária às ações de maior complexidade tecnológica ocorre a partir do momento em que ela passa a orientar os fluxos e contrafluxos de pacientes ao longo do contínuo de cuidados, protagonizando a criação e a organização de todo o sistema de atenção à saúde e possibilitando ao gestor melhor visão do processo de planejamento (Brasil, 2006c, 2006d; Silva & Dobashi, 2006; Mendes, 2004; Pestana & Mendes, 2004; Artmann & Rivera, 2003; Lima, 2003; Brasil, 2002a, 2001a; Souza, 2001).

O Problema de Pesquisa: a priorização geográfica para distribuição dos investimentos na atenção primária

Desde meados dos anos 90, a adesão gradual e voluntária dos municípios a um conjunto normativo de requisitos, responsabilidades e prerrogativas, resultou na garantia de recebimento de um aporte continuamente crescente de recursos de custeio dos serviços de saúde, transferido de forma regular e automática (fundo a fundo), para utilização cada vez mais autônoma (Ugá & Marques, 2005; Ugá *et al.*, 2003).

Com o aumento desses repasses financeiros e após as iniciativas de recuperação do papel da esfera estadual na reorganização dos sistemas microrregionais de saúde (a partir

da edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde, em 2002 – Noas/2002), intensificou-se a discussão a respeito da adoção de metodologias de alocação equitativa de recursos. Ou seja, da adoção de metodologias destinadas à distribuição dos recursos de custeio entre os municípios e regiões do país, de forma mais justa possível, levando em conta aspectos como as necessidades de saúde e a realidade da oferta entre as diferentes localidades (Porto *et al.*, 2005, 2001; Nunes, 2004).

Entretanto, esse mecanismo de transferência financeira não deve prescindir da correspondente capacidade instalada, sob pena de se levar à ineficiência na alocação desses recursos, conforme já salientado no trabalho de Porto *et al.* (2005). Sob essa lógica, a busca da equidade requer, primeiramente, o incremento inicial dos recursos de investimento, balizado pelo Plano Diretor de Investimento – previsto na Noas/2002 (Brasil, 2002a) – e mantido no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a), de forma a dotar os municípios da infraestrutura mínima necessária a uma atenção primária resolutiva. A partir daí é que a redistribuição dos recursos de custeio poderá eliminar os fluxos intermunicipais na atenção primária, bem como racionalizar os fluxos para os demais níveis de atenção, atendendo aos princípios da equidade e da integralidade na atenção à saúde.

Em consonância com tais premissas e considerando os limitados recursos financeiros diante da pressão das necessidades de saúde, evidencia-se a relevância da elaboração e da adoção de um critério equitativo de hierarquização dessas localidades, de forma que elas estejam dispostas em ordem decrescente quanto à prioridade de investimentos.

Nesse cenário, o presente estudo objetivou elaborar e utilizar um critério equitativo de hierarquização dos municípios do estado do Rio de Janeiro, como forma de estabelecer localidades prioritárias quanto ao recebimento de investimentos na atenção primária, levando em conta as necessidades de saúde e a oferta preexistente em cada localidade.

Cronologicamente, o estudo atendeu aos seguintes objetivos específicos:

- Identificação das desigualdades nas necessidades de saúde, por meio da análise cartográfica dos índices de necessidades, obtidos a partir da construção de um indicador que sintetiza o conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas em cada localidade;
- Identificação das desigualdades na oferta em atenção primária, por meio da análise cartográfica dos índices de oferta, obtidos a partir da construção de um indicador composto, contendo informações referentes às quantidades de equipamentos, por 100 mil habitantes, existentes em cada localidade, previamente selecionados como necessários a uma atenção primária resolutiva;
- Hierarquização, por ordem decrescente, das localidades, quanto à prioridade de investimentos na atenção primária a partir do cálculo dos valores das razões entre o índice de necessidade de saúde e o índice de oferta.

Metodologia

Construção dos Indicadores Municipais de Necessidades de Saúde e de Oferta na Atenção Primária

A mensuração das desigualdades nas necessidades de saúde e na oferta da atenção primária entre os municípios do estado do Rio de Janeiro requereu a utilização do método de análise fatorial. Este método é uma técnica de análise estatística multivariada que tem como princípio básico reduzir a grande diversidade de informações, contidas no conjunto das variáveis originais, para um número reduzido de fatores, que permitem explicar, de forma simples e sintética, as variáveis originais.

Cada fator extraído da análise consiste em uma combinação linear das variáveis originais. Dessa forma, dentre outros atributos, a análise fatorial permite construir índices sintéticos que possibilitam mensurar, caracterizar e analisar o objeto de estudo, sendo útil, portanto, para a construção dos indicadores de necessidades de saúde e de oferta na atenção primária.[1]

Uma condição importante da análise fatorial é a de que exista uma estrutura de dependência bem definida entre as variáveis analisadas, que deve estar expressa na matriz de correlações ou de covariância dessas variáveis. Os testes de *KMO* e de *Bartlett* foram utilizados para verificar estatisticamente a existência dessa dependência.[2]

O índice sintético de necessidades de saúde foi proposto por Porto *et al.* (2001), que, diante do caráter multidimensional do conceito de necessidades de saúde, construíram um *proxy* a partir da técnica da análise fatorial aplicada a um conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, permitindo dimensionar as desigualdades de saúde relativas entre as distintas localidades.

Foi considerado o mesmo conjunto de variáveis epidemiológicas e socioeconômicas adotado no projeto desenvolvido por Porto *et al.* (2005), cujos objetivos intermediários incluíam o cálculo de índices de necessidades de saúde para todos os 5.507 municípios existentes até o ano de 2000. Dessa forma, e em razão da inexistência de dados mais atualizados, a construção do indicador de necessidades de saúde para os municípios do estado do Rio de Janeiro utilizou as seguintes variáveis epidemiológicas e socioeconômicas, extraídas do banco de dados elaborado por *Porto et al.* (2005), conforme detalhado no Quadro 1, a seguir.

---

[1] Informações detalhadas sobre a análise fatorial podem ser encontradas em Harman (1960) e Manly (1986). Uma referência mais recente e que utiliza uma abordagem mais aplicada é o livro da autora brasileira Mingoti (2005).

[2] O *KMO* é um indicador que compara a magnitude do coeficiente de correlação observado com a magnitude do coeficiente de correlação parcial. Levando em conta que os valores deste teste variam de 0 a 1, pequenos valores de *KMO* (abaixo de 0,50) indicam a não adequabilidade da análise. Por sua vez, o teste de esfericidade de *Bartlett* serve para testar a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade – se esta hipótese for rejeitada, a análise pode ser realizada.

Quadro 1 – Variáveis socioepidemiológicas selecionadas para o cálculo do indicador de necessidades de saúde no estado do Rio de Janeiro

Indicadores socioeconômicos	Fonte Primária
1 - Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, corrigida conforme metodologia desenvolvida pelo IDH	IDH 2000
2 - Percentual de domicílios ligados à rede de esgoto	Censo Demográfico 2000
3 - Percentual de domicílios ligados à rede de água	Censo Demográfico 2000
4 - Percentual de domicílios com lixo coletado	Censo Demográfico 2000
5 - Percentual de domicílios com renda familiar de até 1 salário mínimo	Censo Demográfico 2000
6 - Taxa de analfabetismo – percentual de pessoas com 15 anos ou mais que não sabem ler e escrever	Censo Demográfico 2000
7 - Densidade domiciliar – média de pessoas por domicílio	Censo Demográfico 2000
8 - Percentual da população rural	Censo Demográfico 2000

A partir do mesmo procedimento adotado por Porto *et al.* (2005), primeiramente foram realizadas duas modelagens de análise fatorial, que permitiram a obtenção de dois índices municipais de necessidades de saúde alternativos. Uma primeira modelagem utilizou as oito variáveis socioepidemiológicas (Quadro 1), ao passo que a segunda modelagem considerou número um menor de variáveis (taxa de mortalidade em menores de 5 anos, percentagem de domicílios ligados à rede de esgoto e taxa de analfabetismo – X1, X2 e X6, respectivamente).

De posse dos resultados das duas modelagens, foi verificada significativa semelhança estatística entre os resultados encontrados nos dois modelos. Também foi calculada a correlação linear de *Pearson* entre os dois índices de necessidades alternativos, encontrando-se o valor de 88,34%, a 1% de significância.

Uma vez detectado elevado grau de semelhança entre os resultados das duas modelagens alternativas (primeira com oito variáveis originais e a segunda com apenas três variáveis), optou-se por aceitar a segunda modelagem como apropriada para representar o indicador de necessidades de saúde (INS) dos municípios do estado do Rio de Janeiro.

Porto *et al.* (2005) propuseram esse procedimento levando em conta dois propósitos: a) a adoção de um modelo mais simplificado, sem perda significativa de precisão, representaria um ganho do ponto de vista da maior compreensão da proposta por parte dos gestores ligados à saúde, facilitando sua utilização de forma sistemática; b) o trabalho será desenvolvido com aqueles determinantes das necessidades de saúde sobre os quais os gestores municipais têm maior influência direta, por meio da adoção de políticas públicas locais apropriadas.

Obtidos os valores dos índices de necessidades de saúde (*INSi*) (os municípios foram divididos em quatro classes, levando em conta os valores máximos e mínimos observados, bem como o valor médio da amostra. Em seguida, cada classe foi plotada em mapa e denominada, de acordo com o grau de necessidades de saúde, 'muito baixo', 'baixo', 'alto' e 'muito alto'.

Para a estimativa da oferta na atenção primária, o presente estudo partiu da revisão técnica proposta por Porto *et al.* (2001), posteriormente utilizada por Porto *et al.* (2005).

Os autores do primeiro estudo elaboraram um estimador de oferta agregada estadual de serviços de saúde, obtido da análise estatística fatorial de uma diversidade de variáveis de equipamentos e instalações físicas ligadas à saúde, todas expressas em termos *per capita*. Por sua vez, Porto *et al*. (2005) empregaram essa mesma técnica para construir um indicador da oferta municipal, utilizando-se de um conjunto de equipamentos (por 100 mil habitantes) previamente estabelecidos como imprescindíveis à realização dos procedimentos da atenção básica.

Para adequação aos propósitos do presente estudo, optou-se por utilizar o conceito de atenção primária, correspondente ao primeiro nível de atenção, capaz de resolver entre 80% e 85% dos problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações locais (Pestana & Mendes, 2004; Brasil/MS, 2006c). O passo seguinte consistiu em selecionar, dentre os mais de setenta equipamentos médico-assistenciais contemplados no último Censo da Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2005), aqueles que seriam necessários à resolubilidade da atenção primária às populações municipais. Para isso, foram consultados profissionais do quadro clínico (médicos, enfermeiros e dentistas) do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), vinculada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Conforme recomendações dos profissionais consultados, a condição necessária para uma atenção primária resolutiva incluiria a 'disponibilidade' conjunta de 36 equipamentos médicos-assistenciais, conforme o Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – Relação dos equipamentos médico-assistenciais considerados necessários a uma atenção primária resolutiva

1. Mamógrafo	19. Centrífuga
2. Raio X Total	20. Contador de células sanguíneas
3. Raio X Dentário	21. Equipamento para cauterização
4. Raio X para densimetria óssea	22. Esfignomanômetro adulto
5. Tomógrafo computadorizado	23. Esfignomanômetro pediátrico
6. Ultrassom doppler colorido	24. Espectrofotômetro
7. Ultrassom ecógrafo	25. Estetoscópio de Pinard Doppler fetal
8. Endoscópio digestivo	26. Estufa
9. Equipamentos para optometria	27. Microscópio
10. Eletrocardiógrafo	28. Nebulizador
11. Eletroencefalógrafo	29. Oftalmoscópio
12. Desfibrilador	30. Otoscópio
13. Monitor de ECG	31. Refrigerador para vacina
14. Oxímetro	32. Aparelho de diatermina
15. Reanimador pulmonar	33. Aparelho de eletroestimulação
16. Autoclave	34. Equipamento para audiometria
17. Balança antropométrica adulto	35. Forno de Bier
18. Balança pediátrica	36. Equipo odontologógico

Fonte: IBGE (2005).

A despeito dessa recomendação médico-assistencial, deve-se considerar o fato de que alguns desses equipamentos, em especial, mamógrafo, raios X para densimetria óssea e tomógrafo, estão também ligados a outros procedimentos mais específicos, menos frequentes e concentrados em um número menor de municípios, constituindo, portanto, uma oferta de abrangência regional.

Esta configuração é recomendável por proporcionar reduções significativas nos custos operacionais dos serviços envolvidos (resultantes de economias de escala e de diversificação/escopo), bem como por garantir a qualidade dos serviços prestados. Sabe-se que grande parte dos serviços associados a equipamentos de maior densidade tecnológica é utilizada por profissionais com treinamento e formação específicos, cujas atividades apresentam, muitas vezes, funções inter-relacionadas, tornando recomendável a disponibilidade conjunta e simultânea dos profissionais e equipamentos envolvidos.[3]

Das considerações expostas, depreende-se que, para os equipamentos de alta densidade tecnológica e custo, o termo 'disponibilidade' deve ser entendido muito mais como a garantia de 'acessibilidade intermunicipal' do que necessariamente como a sua existência física em todos os municípios. Por conseguinte, para cálculo do 'indicador municipal de oferta na atenção primária', foram excluídos da análise fatorial os equipamentos mamógrafo, raio X para densimetria óssea e tomógrafo por requererem base populacional mínima acima de 100 mil habitantes, conforme parâmetros contidos em Brasil (2002b, 2007).

Para os demais equipamentos do Quadro 2, após expressá-los por 100 mil habitantes, estes foram linearmente combinados, por meio da análise fatorial cujo fator extraído e o escore resultante permitiram obter os 'índices municipais de oferta na atenção primária' (*IOi*) conforme detalhado nos resultados da pesquisa.

Obtidos os valores dos índices municipais de oferta na atenção primária, os municípios foram divididos em quatro classes, levando em conta os valores máximos e mínimos observados, bem como o valor médio da amostra. Em seguida, cada classe foi plotada em mapa e denominada, de acordo com o nível de oferta, 'muito baixo'; 'baixo'; 'alto'; e 'muito alto'.

Critério Orientador do Processo de Alocação dos Recursos de Investimento: hierarquização das unidades territoriais

Para orientar a alocação dos recursos de investimento na atenção primária, propõe-se, como critério, estabelecer um *ranking* ou uma hierarquização dos municípios fluminenses, dispostos em ordem decrescente quanto à prioridade de investimento.

---

[3] Conforme McKee e Healy (2000), há fortes argumentos a favor da aglomeração de boa parte dos equipamentos mais densos em tecnologia, que, por operarem com um conjunto complexo de funções inter-relacionadas, facilitam as ligações entre especialidades, fortalecem o trabalho multidisciplinar, permitem uso otimizado de equipamentos de maior densidade tecnológica e proporcionam suporte à educação permanente dos profissionais. Dentre outros autores que se ocuparam em verificar a exitência de relação positiva entre a concentração de serviços, economias de escala e de escopo e qualidade dos serviços prestados, podem ser citados: Aletras, Jones e Sheldon (1997), Levcovitz (1997), Bunker, Luft e Enthoven (1982).

O processo é orientado pelo 'princípio da equidade', de modo que as localidades eleitas como prioritárias não necessariamente são aquelas com menor oferta de serviços de saúde ou mesmo aquelas com maiores necessidades de saúde (o que representaria a aplicação do 'princípio da igualdade'), quando considerado separadamente. De outra forma, a proposta prioriza aquelas localidades que apresentam os maiores valores dentre as respectivas razões entre o *INSi* e o *IOi*, ou seja, *IOi/INSi*. Por conseguinte, o critério proposto segue os dois passos seguintes:

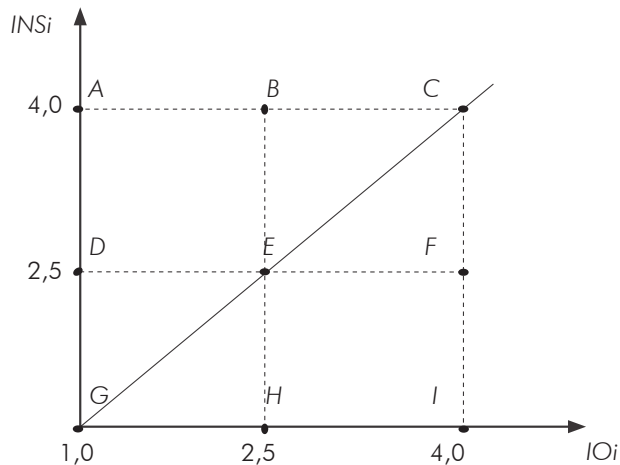
No primeiro passo, os escores obtidos da análise fatorial – tanto aqueles correspondentes aos índices de necessidades de saúde quanto os que se referem aos índices de oferta na atenção primária – passaram por uma transformação linear, de maneira que todos os valores tornaram-se positivos e o menor valor ficou truncado em 1:

$$\textit{Transformação Linear} = (F_i - F_{min}) + 1 \quad (1)$$

O segundo passo do processo de hierarquização consistiu em plotar os pares de valores transformados pela equação 3 em um gráfico bidimensional, sendo os valores *IOi*, nas abscissas, e os valores *INSi*, nas ordenadas. A hierarquização, portanto, foi orientada pelos valores correspondentes às inclinações dos pontos referentes aos pares de valores (*IOi*, *INSi*) obtidos para cada um dos 92 municípios fluminenses.

A título de exemplificação, a Figura 1 e o Quadro 3, a seguir, ilustram um caso hipotético em que se deseja hierarquizar uma amostra de nove municípios. Para cada ponto na Figura 1, o valor da inclinação consiste na razão entre o índice municipal de necessidades de saúde e o índice municipal de oferta na atenção primária – ambos transformados pela equação 1, representada pela equação 2, a seguir:

$$\frac{INS_i - INS_{min} + 1}{IO_i - IO_{min} + 1} \quad (2)$$

Figura 1 – Diagrama de dispersão de uma amostra hipotética de nove municípios, conforme os índices de oferta na atenção primária (*IOi*) e de necessidades de saúde (*INSi*)

Conforme o Quadro 3, essa razão é menor que 1 para os municípios F, H e I, indicando que a diferença entre INS_i e o INS_{min} é proporcionalmente maior que a diferença entre IO_i e IO_{min}, ou seja, suas ofertas relativas são proporcionalmente maiores que suas necessidades relativas. Para os municípios A, B e D, essa proporção é maior que 1, indicando que suas ofertas relativas são proporcionalmente menores que suas necessidades relativas. Os municípios C, E e G apresentam razão igual a 1 e seus respectivos pontos formam o segmento $\overline{G}$, que permite classificar os municípios entre aqueles mais prioritários e os menos prioritários.

Quadro 3 – Hierarquização dos municípios por ordem decrescente das suas respectivas razões *INSi/IOi*

Municípios	*IOi*	*INSi*	Razão *INSi/IOi*	*Ranking*	Municípios prioritários
A	1,0	4,0	4,0	**1º**	**A**
B	2,5	4,0	1,6	**3º**	**B**
C	4,0	4,0	1,0	4º	–
D	1,0	2,5	2,5	**2º**	**D**
E	2,5	2,5	1,0	4º	–
F	4,0	2,5	0,6	5º	–
G	1,0	1,0	1,0	4º	–
H	2,5	1,0	0,4	6º	–
I	4,0	1,0	0,3	7º	–

Como ilustração do princípio da equidade embutido no critério de ordenação proposto neste estudo, pode-se utilizar dois casos hipotéticos da Figura 1 e do Quadro 3, simultaneamente: a) os municípios B e E, por exemplo, têm o mesmo nível de oferta, mas investir em B torna-se prioridade por ele apresentar maiores necessidades de saúde; b) alternativamente, os municípios D e E têm o mesmo nível de necessidades de saúde, mas investir em D torna-se prioridade por ele apresentar menor oferta de serviços de saúde.

Resultados

Obtenção e Análise dos Índices Municipais de Necessidades de Saúde

Anteriormente à utilização dos resultados do modelo da análise fatorial, usado na construção do indicador municipal de necessidades sanitárias, é necessária uma avaliação da qualidade estatística desses resultados (Quadros 4 e 5).

O Quadro 4 mostra que os testes de *Bartlett* e *KMO* são satisfatórios, e que um único fator (F1) explica mais de 53% da variabilidade total das três variáveis socioepidemiológicas consideradas modelo.

Quadro 4 – Resultado estatístico da análise fatorial utilizada na construção do indicador municipal de necessidades de saúde

Fator	Raiz característica	Variância explicada por cada fator (%)	Variância acumulada (%)
F1	1,601	53,355	53,355
F2	0,760	25,326	78,681
F3	0,640	21,319	100,00

Teste de esfericidade de *Bartlett* = 22,154 ($p < 1\%$) e *KMO* = 0,617.

No Quadro 5, os valores encontrados para as comunalidades revelam que as variáveis consideradas no modelo têm de 49,2% a 59,5% de suas respectivas variabilidades captadas pelo primeiro escore fatorial (*F1*). Estas variáveis apresentam alto grau de correlação com o fator F1 (cargas fatoriais acima de 0,60), indicando que, além de serem correlacionadas entre si, também apresentam pesos expressivos na combinação linear representada por aquele fator.

Quadro 5 – Cargas fatoriais e comunalidades para segundo modelo da análise fatorial

Variáveis originais	F1	Comunalidades
X1 - Mortalidade de 0 a 5 anos	0,687	0,492
X2 - % domic c/ rede de esgoto	- 0,771	0,595
X6 - Taxa de analfabetismo	0,730	0,534

Finalmente, a equação 3, a seguir, representa a combinação linear obtida da análise fatorial utilizada na obtenção dos índices municipais de necessidades de saúde, permitindo verificar que as três variáveis socioepidemiológicas (X1, X2 e X6) têm pesos semelhantes na determinação do indicador municipal de necessidades de saúde:

$$F1 = 0{,}429 * Z1 - 0{,}482 * Z2 + 456 * Z6 \quad (3)$$

Z1, Z2 e Z6 são as respectivas variáveis padronizadas das variáveis originais X1, X2 e X6 (Quadro 5).[4]

A despeito da aparente simplicidade sugerida pela equação 3, é importante salientar a propriedade do modelo da análise fatorial e sua relação com a evidência socioepidemiológica. O modelo mostra que as variáveis socioepidemiológicas consideradas não são independentes. Na prática, isso significa, por exemplo, que o gestor poderia diminuir o

[4] A técnica de análise fatorial parte da padronização das variáveis originais, de modo a permitir comparação entre elas, independentemente das diferenças em escala e unidades de medida. A padronização, ou normalização, de uma variável específica é feita calculando a razão entre o valor observado menos a média da amostra e seu desvio-padrão. Dessa forma, a padronização permite expressar, em termos de desvios-padrão, os desvios dos valores observados em relação à sua média.

grau de necessidades de saúde de seu município por meio do aumento da cobertura de domicílios ligados à rede municipal de esgoto, uma vez que isso diminuiria o valor de F1. Como efeito imediato, o aumento da cobertura do saneamento acabaria por reduzir a taxa de mortalidade infantil (pela redução da exposição ao esgoto), o que contribuiria novamente para a redução das necessidades de saúde.

Sendo assim, os resultados sugerem que uma política municipal que leve em consideração ações simultâneas nas três frentes contempladas no modelo (atenção básica, saneamento e ensino fundamental) reduziria as necessidades de saúde de forma expressiva e imediata.

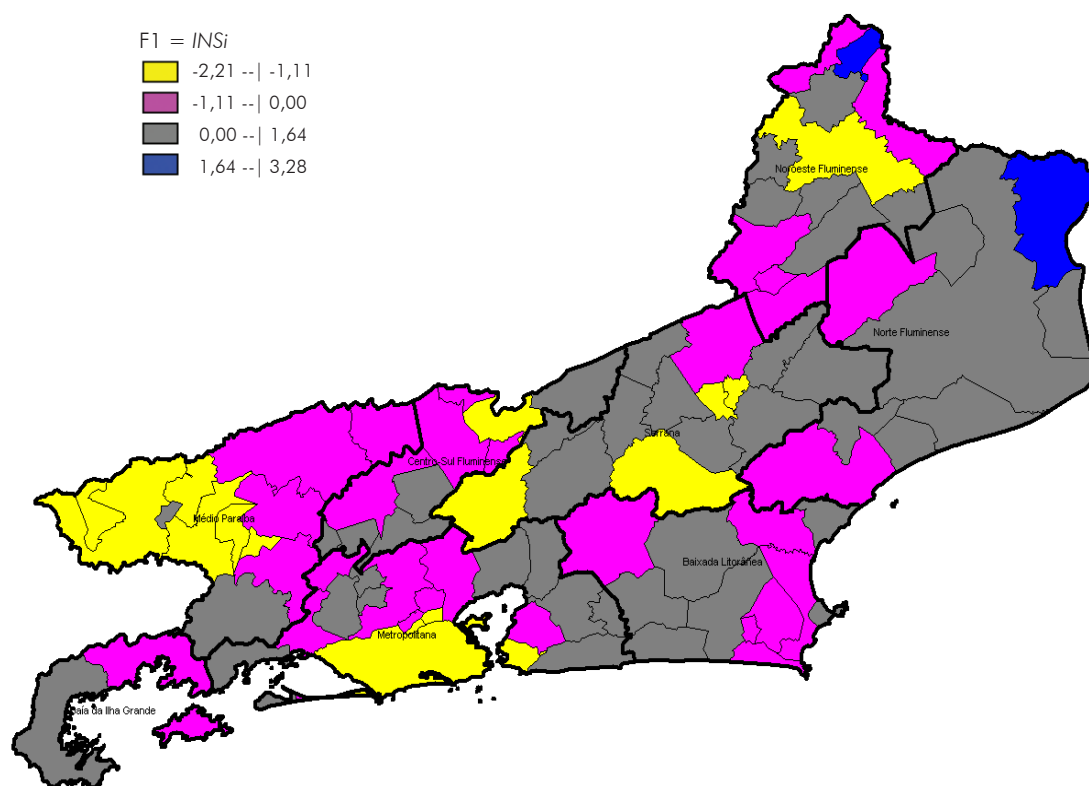
É importante mencionar que as três variáveis consideradas nesta modelagem, apresentaram correlações expressivas com as demais variáveis apresentadas no Quadro 1 – aquelas que, em conjunto, foram previamente utilizadas numa modelagem alternativa de análise fatorial, e que, por razões expostas anteriormente, não foram diretamente consideradas na construção do indicador municipal de necessidades de saúde.

Dessa forma, as relações de interação e interdependência também estão presentes nas demais variáveis socioepidemiológicas apresentadas no Quadro 1, de modo que o indicador municipal de necessidades de saúde (equação 3) reflete, mesmo que indiretamente, o comportamento das demais variáveis socioepidemiológicas. Portanto, é de se esperar que políticas nas áreas de habitação e de redistribuição de renda (correspondentes às variáveis X7 e X5, respectivamente), por exemplo, também apresentem efeitos redutores significativos nas necessidades de saúde municipais.

Obtidos os valores dos índices municipais de necessidades de saúde (*INSi*), a Figura 2, a seguir, apresenta a malha municipal do estado do Rio de Janeiro, onde estão 'plotadas' as quatro classes de municípios, cada uma com sua cor específica, simbolizando diferentes graus de necessidades de saúde. A legenda mostra os valores mínimos e máximos dos índices de necessidades de saúde (*INSi*) para cada classe de municípios. Os municípios coloridos de amarelo e rosa exibem índices de necessidades de saúde de grau 'muito baixo' e 'baixo', respectivamente, apresentando necessidades abaixo da média estadual. Em contrapartida, os municípios coloridos em cinza e azul possuem índices de grau 'alto' e 'muito alto', respectivamente, apresentando necessidades acima da média estadual.[5]

Os municípios com grau 'muito baixo' e grau 'baixo' de necessidades de saúde (cores amarelo e rosa) abrangem 16 e 30 municípios respectivamente, o que corresponde exatamente à metade dos municípios fluminenses. Por sua vez, a outra metade inclui 44 municípios com grau 'alto' e apenas dois municípios com grau 'muito alto' de necessidades de saúde.

[5] Importante mencionar que os escores obtidos da análise fatorial, por serem provenientes de variáveis padronizadas, apresentam média igual a zero e são mensuradas em unidades de desvio-padrão.

Figura 2 – Classes de municípios, por grau de necessidades de saúde, considerando as oito regiões de planejamento no estado do Rio de Janeiro

Com o menor índice de necessidades de saúde (*INSi* = -2,21), o município de Niterói estabelece o limite inferior da classe dos municípios classificados como grau 'muito baixo' de necessidades de saúde. No lado oposto, com o maior índice de necessidades de saúde (*INSi* = 3,28), o município de Varre-Sai (extremo noroeste fluminense) estabelece o limite superior da classe daqueles que apresentam grau 'muito alto' de necessidades de saúde, sendo que, além deste, acrescenta-se apenas o município de São Francisco de Itabapoana (extremo norte fluminense), com o segundo maior índice (*INSi* = 2,17).[6]

A Figura 2 chama atenção, ainda, para o fato de que, no geral, diferenças significativas são encontradas mesmo entre municípios pertencentes à mesma região, uma vez que cada região apresenta ao menos três dentre classes diferentes de municípios, sugerindo a inexistência de qualquer padrão espacial aparente.

Obtenção e Análise dos Índices Municipais de Oferta na Atenção Primária

O Quadro 6 mostra os resultados da análise fatorial para a construção do 'indicador de oferta na atenção primária', referentes aos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro.

[6] Os valores dos índices para todos os municípios encontram-se no Anexo.

Optou-se por considerar e extrair apenas o primeiro fator (F1) da análise fatorial, uma vez que os demais fatores apresentaram contribuição marginal pouco expressiva na explicação da variabilidade conjunta das variáveis originais.

As 'cargas fatoriais' mostram o grau de associação entre o fator F1 e cada uma das 33 variáveis consideradas na análise; os coeficientes fatoriais representam a combinação linear dessas variáveis em relação ao fator F1 (permitindo obter o escore fatorial de F1), ao passo que a 'comunalidade' mede o quanto da variabilidade total de cada variável é captada pelo fator F1 (Quadro 6).

Quadro 6 – Análise fatorial para construção do indicador municipal de oferta na atenção primária

Equipamentos por 100 mil habitantes	Cargas fatoriais	Coeficientes fatoriais	Comunalidade
Raio X Total	0,681	0,062	0,464
Raio X Dentário	0,556	0,051	0,309
Ultrassom doppler colorido	0,402	0,037	0,161
Ultrassom ecógrafo	0,506	0,046	0,256
Endoscópio digestivo	0,449	0,041	0,201
Equipamentos para optometria	0,459	0,042	0,211
Eletrocardiógrafo	0,784	0,071	0,615
Eletroencefalógrafo	0,206	0,019	0,042
Desfibrilador	0,674	0,061	0,454
Monitor de ECG	0,578	0,053	0,334
Oxímetro	0,616	0,056	0,379
Reanimador pulmonar	0,650	0,059	0,422
Autoclave	0,622	0,057	0,387
Balança antropométrica adulto	0,762	0,069	0,580
Balança pediátrica	0,675	0,061	0,455
Centrífuga	0,580	0,053	0,337
Contador de células sanguíneas	0,601	0,055	0,361
Equipamento para cauterização	0,731	0,067	0,534
Esfignomanômetro adulto	0,658	0,060	0,432
Esfignomanômetro pediátrico	0,617	0,056	0,381
Espectrofotômetro	0,450	0,041	0,203
Estetoscópio de Pinard Doppler Fetal	0,467	0,043	0,218
Estufa	0,674	0,061	0,455
Microscópio	0,736	0,067	0,541
Nebulizador	0,474	0,043	0,225
Oftalmoscópio	0,581	0,053	0,338
Otoscópio	0,597	0,054	0,356

Quadro 6 – Análise fatorial para construção do indicador municipal de oferta na atenção primária (Cont.)

Equipamentos por 100 mil habitantes	Cargas fatoriais	Coeficientes fatoriais	Comunalidade
Refrigerador para vacina	0,599	0,055	0,358
Aparelho de diatermia	0,508	0,046	0,258
Aparelho de eletroestimulação	0,452	0,041	0,204
Equipamento para audiometria	0,227	0,021	0,052
Forno de Bier	0,213	0,019	0,045
Equipo odontológico	0,633	0,058	0,040
Teste de *Bartlett* = 2.292,43 (p < 1%) *KMO* = 0,767	Variância explicada pelo fator F1 = 33,25%.		

Obtidos os valores dos índices municipais de oferta na atenção primária, a Figura 3, a seguir, apresenta a malha municipal do estado do Rio de Janeiro, onde estão plotados quatro classes de municípios, delimitados manualmente, levando em conta os valores máximos e mínimos dos índices de oferta calculados, bem como o valor médio da amostra (informações por municípios, microrregiões e regiões estão no Anexo).

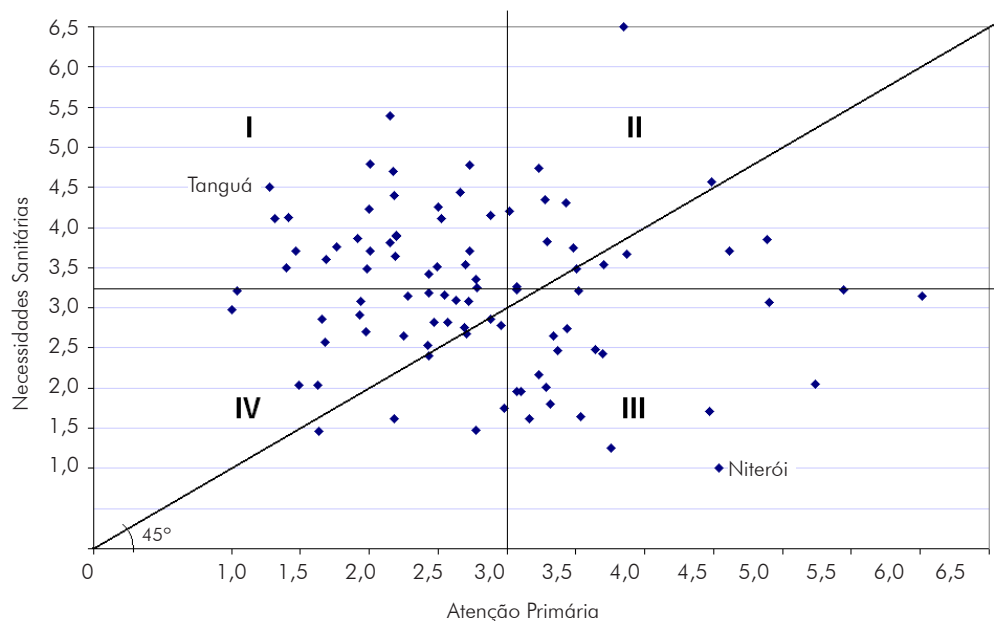
Os municípios em amarelo e em rosa apresentam níveis de oferta abaixo da média e seus valores médios estão classificados em 'muito baixo' (14 municípios) e 'baixo' (39 municípios), respectivamente, totalizando 53 municípios, cujos índices distanciam-se em até 1,80 desvio-padrão abaixo da média (Figura 3). Por sua vez, os municípios de cor cinza e de cor azul apresentam oferta acima da média, estando classificados em 'alto' (trinta municípios) e 'muito alto' (nove municípios), respectivamente, totalizando 39 municípios com níveis de oferta de até 3,22 desvios-padrão acima da média estadual. Dessa forma, os municípios com oferta acima da média apresentam-se mais heterogêneos em relação àqueles com oferta abaixo da média.

Na região Metropolitana, que possui mais de 75% da população fluminense, os municípios de Niterói e Rio de Janeiro apresentam os maiores índices de oferta e ao mesmo tempo estão circundados por municípios que apresentam índices todos abaixo da média estadual. Este fato, associado à relativa facilidade de deslocamento até esses dois municípios, sugere que seus serviços de saúde também estejam sendo utilizados pelos residentes dos municípios vizinhos, o que estaria superestimando a oferta efetivamente disponível aos residentes desses dois municípios. Sendo verdade, a recomendação seria priorizar investimentos em direção àqueles demais municípios da região como forma de eliminar esses fluxos intermunicipais de pacientes.

Figura 3 – Classes de municípios, por faixas de níveis de oferta na atenção primária, considerando as 18 microrregiões de planejamento no estado do Rio de Janeiro

Hierarquização das Localidades quanto à Prioridade dos Investimentos

O Gráfico 1 refere-se à dispersão resultante do cruzamento dos índices municipais de necessidades de saúde (*INSi*) e de oferta na atenção primária (*IOi*). A despeito de que a nuvem de pontos revela ausência de qualquer relação sistemática entre os dois índices, é possível classificar em quartis os municípios com características distintas, a partir da observação do quadrante onde cada município estiver inserido. O primeiro quadrante contém aqueles municípios com necessidades de saúde acima da média e com oferta abaixo da média estadual; o segundo quadrante contém aqueles com necessidades de saúde e oferta acima das médias estaduais; o terceiro quadrante refere-se aos municípios com necessidades abaixo da média e oferta acima da média estadual; finalmente, o quarto quadrante contém aqueles municípios que apresentam necessidades de saúde e oferta abaixo das médias do estado.

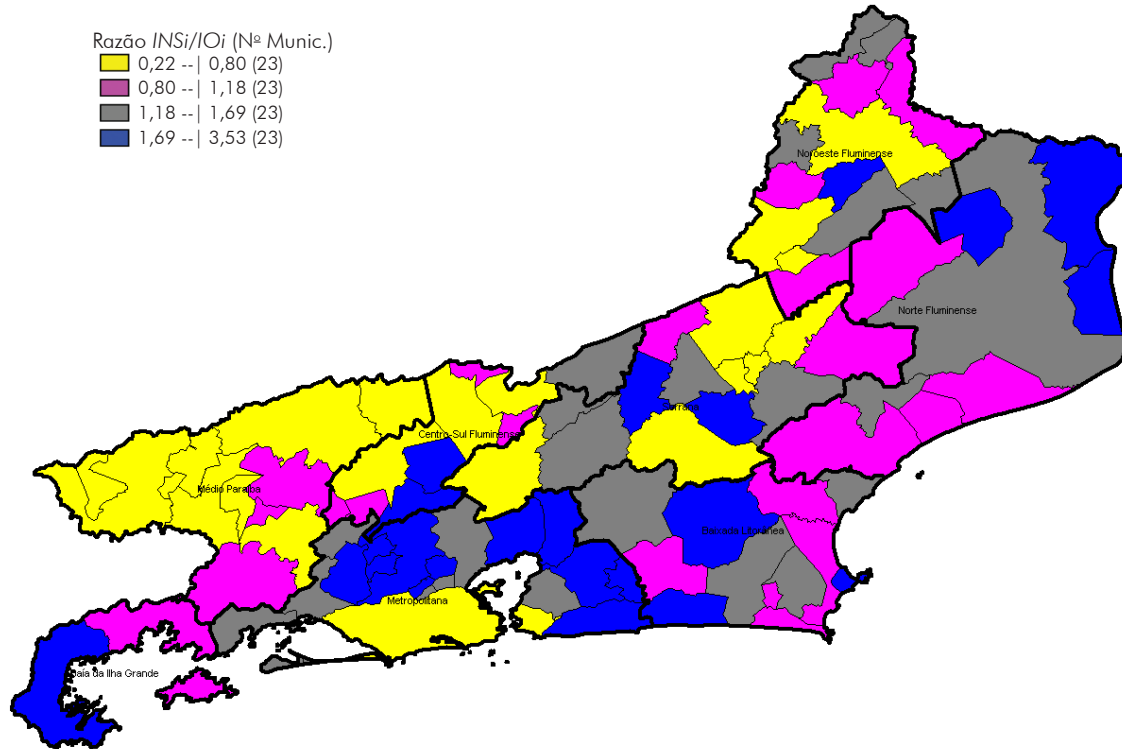
Gráfico 1 – Dispersão dos municípios fluminenses, conforme os índices municipais de necessidades de saúde e de oferta na atenção primária

Conforme mencionado na metodologia, a hierarquização dos municípios quanto à prioridade dos investimentos foi realizada a partir do cálculo das inclinações de cada um dos 92 pontos no gráfico e que correspondem às respectivas razões *INSi/IOi*. Dessa forma, independente de a qual quadrante o município pertença, seu grau de prioridade será tanto maior quanto maior for a razão entre o quanto este município necessita (*INSi*) e o quanto ele atualmente é capaz de ofertar (*IOi*).

Com base nesse critério, os municípios mais prioritários estão situados acima da reta, cuja inclinação é de 45° e que apresentam valores maiores que 1 na razão *INSi/IOi* (Gráfico 1). A título de informação, o município de 'Tanguá' revelou-se como aquele de prioridade número 1, estando na oitava colocação em termos de necessidades de saúde e na terceira colocação em escassez de oferta. Em contrapartida, o município de Niterói estaria na última posição, em termos de prioridade, uma vez que apresenta o menor índice de necessidades de saúde e a sétima maior oferta no estado do Rio de Janeiro (os valores das razões *INSi/IOi* por municípios, microrregiões e regiões estão no Anexo).

Com base nos valores das razões *INSi/IOi* para os 92 municípios fluminenses, a Figura 5 ilustra as desigualdades existentes. Nela, os municípios estão divididos em quartis e são classificados quanto à prioridade dos investimentos. Os municípios em azul correspondem aos 23 mais prioritários, ao passo que aqueles em amarelo correspondem aos 23 menos prioritários, conforme os valores das razões *INSi/IOi* correspondentes.

Corroborando as evidências da análise dos índices de oferta (*IOi*), ao se analisar os valores das razões *INSi/IOi*, evidenciam-se, na região Metropolitana, as desigualdades existentes entre os municípios de Niterói e Rio de Janeiro, de um lado, e os demais

municípios circundantes, do outro, sugerindo que eventuais investimentos deveriam ser direcionados a estes últimos.

Figura 5 – Quartis de municípios, classificados por grau de prioridade dos investimentos na atenção primária no estado do Rio de Janeiro

Considerando que cerca de um terço dos municípios fluminenses apresentam população abaixo de 20 mil, mas que a menor microrregião do estado possui cerca de 30 mil habitantes,[7] e supondo haver, dentro de cada microrregião fluminense, relativa facilidade de deslocamentos intermunicipais, pode-se optar por priorizar, alternativamente, as microrregiões com maiores valores das razões *INSi/IOi*. Por conseguinte, optou-se por considerar a análise em nível das microrregiões, de maneira a permitir melhor visualização e compreensão do processo de análise sugerido nesta pesquisa. A mesma lógica de análise poderá ser feita em nível dos municípios, utilizando-se dos dados contidos no Anexo.

Assim sendo, a Figura 6 mostra que as microrregiões coloridas de azul seriam aquelas de mais alta prioridade, quais sejam, 'Itaguaí', 'Bacia de São João', 'Campos dos Goytacazes', 'Baía da Ilha Grande', 'Lagos' e 'Vassouras', por ordem decrescente de prioridade, conforme valores contidos no Anexo. No segundo quartil (microrregiões em cinza), a

---

[7] Para a maioria dos equipamentos médico-assistenciais, inseridos no indicador de oferta na atenção primária, as informações contidas em Brasil/MS (2007) e nas portarias MS/GM n. 1.101/02, de 12 de junho de 2002, e MS/GM n. 544, de 11 de abril de 2001 (Brasil/MS, 2001b, 2002b), sugerem abrangência populacional mínima acima de 20 mil habitantes.

microrregião do 'Rio de Janeiro' seria a segunda priorizada, logo após a microrregião de 'Macacu-Caceribu'. As microrregiões prioritárias estão mais próximas do litoral, ao passo que aquelas menos prioritárias (a classe de municípios colorida em rosa, seguida da classe colorida em amarelo) estão todas localizadas no interior do estado.

Figura 6 – Quartis de microrregiões classificados por grau de prioridade dos investimentos na atenção primária no estado do Rio de Janeiro

A análise cartográfica dos índices de necessidades de saúde e de oferta na atenção primária, bem como das razões *INSi/IOi*, é útil, principalmente para que se possa analisar as desigualdades geográficas existentes. Contudo, formas variadas de análises podem ser feitas, por meio das informações contidas no Anexo, seja em nível dos municípios, microrregiões ou regiões do estado do Rio de Janeiro.

Como ilustração e com base nas informações contidas no Anexo, é possível distinguir quatro categorias básicas de microrregiões distintas: na primeira categoria, a microrregião do 'Vale do Paraíba', por exemplo, apresenta índice de necessidades de saúde bem abaixo da média (*INSi* = -1,64) e índice de oferta acima da média estadual (*IOi* = 0,74), de modo que o valor da sua razão *INSi/IOi* é pequeno o suficiente para classificá-la em último lugar, em termos de prioridade dos investimentos no setor saúde (*INSi/IOi* = 0,46). Em outra categoria, insere-se a 'Bacia de São João', que apresenta índice de necessidade acima da média (*INSi* = 0,62) e índice de oferta abaixo da média do estado (*IOi* = -0,15), o que

torna o valor da sua razão *INSi/IOi* alto o suficiente para classificá-la em segundo lugar em prioridade dos investimentos (*INSi/IOi* = 1,49). 'Bacia de São João' está praticamente empatado com 'Campos dos Goytacazes', em termos da razão *INSi/IOi*.

Ainda, duas outras categorias intermediárias podem ser evidenciadas: numa, a microrregião 'Baía da Ilha Grande' apresenta valores abaixo da média estadual para ambos os índices de necessidades de saúde e de oferta (*INSi* = -0,26, *IOi* = -0,53). Todavia, a distância relativa entre suas necessidades e sua oferta é grande o suficiente para classificá-la como a quarta microrregião no *ranking*, em termos de prioridade dos investimentos (*INSi/IOi* = 1,40). Finalmente, na quarta categoria, existe a situação da microrregião de 'Santa Maria Madalena', cujos índices de necessidades de saúde (*INSi* = 0,76) e de oferta (*IOi* = 1,45) apresentam-se acima da média estadual. Entretanto, seu índice de oferta é suficientemente elevado para tornar o valor da sua razão *INSi/IOi* pequeno o suficiente para classificá-la apenas em décimo lugar, em prioridade dos investimentos (*INSi/IOi* = 0,98).

Conclusões

Teoria e prática sugerem que, dadas as suas características intrínsecas (potenciais e efetivas), a atenção primária à saúde deve ser a 'porta de entrada preferencial' do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse nível de atenção, devem ser determinadas as necessidades de saúde da população local, solucionados cerca de 80% dos agravos e, ainda, encaminhados os 20% restantes aos demais níveis de atenção.

Como forma de garantir o custeio dos serviços desse primeiro nível de atenção, o Ministério da Saúde estabeleceu um sistema de transferência regular e automática de recursos federais a todos os municípios do país (fundo a fundo), num montante proporcional às suas correspondentes populações. A despeito das discussões em relação a critérios equitativos para alocação dessa categoria de recursos, outra questão que deve estar inserida nessa pauta refere-se à imprescindibilidade da correspondente capacidade instalada em cada localidade, sob pena de se levar à ineficiência e ineficácia na alocação desses recursos. Em outras palavras, defende-se que, somente após dotar as diferentes localidades da infraestrutura mínima necessária a uma atenção resolutiva (a começar pelas localidades mais carentes) é que a redistribuição dos recursos de custeio poderá eliminar os fluxos intermunicipais na atenção primária, bem como racionalizar os fluxos para os demais níveis de atenção, atendendo aos princípios da 'equidade' e da 'integralidade' na atenção à saúde.

Sob essa lógica, o estabelecimento de um critério equitativo de alocação de recursos para custeio da atenção primária requer o prévio diagnóstico a respeito da oferta preexistente como forma de detectar as prioridades de investimento em cada localidade. Ademais, em virtude das limitações quanto à disponibilidade e quanto ao montante dos recursos para investimento, urge a necessidade de elaboração e adoção de um critério equitativo de hierarquização dessas localidades, de forma que elas sejam dispostas em ordem decrescente quanto à prioridade de investimentos.

O critério de priorização geográfica dos investimentos na atenção primária proposto nesta pesquisa é orientado pelo 'princípio da equidade', de modo que as localidades eleitas como prioritárias não serão necessariamente aquelas com menor oferta de serviços de saúde, ou mesmo aquelas com maiores necessidades de saúde (o que representaria a aplicação do 'princípio da igualdade'), quando considerados isoladamente. De outra forma, a proposta prioriza aquelas localidades que apresentam os maiores valores dentre as respectivas razões entre o índice de necessidades de saúde e o índice de oferta na atenção primária – *IOi/INSi*.

A partir do cálculo das razões *INSi/IOi*, foi possível estabelecer um *ranking* para os 92 municípios, as 18 microrregiões e as oito regiões de planejamento do estado do Rio de Janeiro, bem como avaliar, cartograficamente, as desigualdades existentes entre as distintas localidades.

Uma evidência importante refere-se à região 'Metropolitana', que abrange mais de 75% da população e 19 municípios fluminenses. Nesta região, constatam-se as conhecidas e expressivas desigualdades entre os municípios de Niterói e Rio de Janeiro, de um lado (com baixas prioridades de investimentos, conforme valores baixos nas suas respectivas razões *INSi/IOi*), e os demais municípios circundantes, do outro (com valores elevados nas suas razões *INSi/IOi* e, portanto, com elevadas prioridades de investimentos). Ainda, os municípios de Niterói e do Rio de Janeiro apresentam os maiores índices de oferta (*IOi*) dentre os municípios fluminenses e ao mesmo tempo estão circundados por municípios que apresentam índices de oferta todos abaixo da média estadual. Dessa forma, a recomendação seria priorizar investimentos em direção àqueles municípios circundantes como forma de eliminar os fluxos intermunicipais nesse nível de atenção, o que estaria superestimando a oferta efetivamente disponível aos residentes de Niterói e do Rio de Janeiro.

Considerando que cerca de um terço dos municípios fluminenses apresentam população abaixo de 20 mil habitantes e supondo haver, dentro de cada microrregião, relativa facilidade de deslocamentos intermunicipais, a priorização dos investimentos, a partir da utilização do recorte microrregional pode ser uma alternativa. A análise cartográfica dos valores *INSi/IOi* microrregionais revelou que as localidades prioritárias estão mais próximas do litoral, geralmente mais populosas, ao passo que aquelas menos prioritárias estão todas localizadas no interior do estado.

No que tange à construção do indicador de oferta na atenção primária (*IOi*), uma contribuição importante desta pesquisa consistiu na preocupação em estabelecer, previamente, o leque de equipamentos que seriam imprescindíveis a uma atenção primária resolutiva, questão ainda não claramente definida no Plano Diretor de Investimento (PDI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado. Vale ressaltar que o presente estudo utilizou-se de consultas aos profissionais do quadro clínico (médicos, enfermeiros e dentistas) do CSEGSF/Ensp/Fiocruz, o que possibilitou selecionar, dentre os mais de setenta equipamentos médico-assistenciais contemplados no último Censo da Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2005), 36 considerados imprescindíveis à resolubilidade da atenção primária.

Quanto aos índices municipais de necessidades de saúde (*INSi*), os resultados do modelo de análise fatorial mostraram que as variáveis socioepidemiológicas consideradas não são independentes. Na prática, isso significa, por exemplo, que o gestor poderia reduzir o grau de necessidades de saúde de seu município por meio do aumento da cobertura de domicílios ligados à rede municipal de esgoto, uma vez que isso diminuiria o valor de *INSi*. Como efeito imediato, o aumento da cobertura do saneamento acabaria por reduzir a taxa de mortalidade infantil (pela redução da exposição ao esgoto), o que contribuiria novamente para a redução das necessidades de saúde.

Esses resultados sugerem que uma política municipal que contemple ações simultâneas nas três frentes consideradas no indicador municipal de necessidades de saúde (atenção básica, saneamento e ensino fundamental) reduziria os índices de necessidades de forma expressiva e imediata. Ainda os resultados mostram que a oferta de serviços de saúde é uma ação coadjuvante quando se trata de uma política eficaz de promoção da saúde da população municipal.

Por conseguinte, é importante salientar que a realização de investimentos na atenção primária, sem que haja aumento simultâneo dos investimentos nas áreas da educação básica, da habitação e, principalmente, do saneamento, pouco contribuirá para a mudança do *status quo*. Ou seja, estar-se-á contribuindo para o aumento das necessidades de custeio das atividades curativas em detrimento de ações preventivas (boa parte delas de menor custo) como resposta ao aumento dos agravos da saúde, principalmente das populações residentes nas localidades periféricas. O resultado seria o inchamento do orçamento do setor saúde sem resultado efetivo no estado de saúde da população.

Ressalta-se, portanto, a importância do presente estudo, na medida em que, por meio de ferramentas quantitativas, propõe a utilização de indicadores de grande utilidade como subsídio nos processos de elaboração dos planos diretores de investimento e de regionalização do estado do Rio de Janeiro (PDI e PDR) e das demais unidades federativas, tornando-os reais instrumentos de uma alocação equitativa de recursos para investimentos.

Anexo

Índices de Oferta na Atenção Primária (*IOi*), Índices de Necessidades de Saúde (*INSi*) e Processo de Hierarquização das Localidades Fluminenses: municípios, microrregiões e regiões do estado do Rio de Janeiro

Região/Microrregião/Município[1]	F1 = IOi	F1 = INSi	*INSi transf.* [2]	*IOi transf.* [2]	Razão *INSi/IOi* [3]	*Ranking* estadual
Baía da Ilha Grande	(0,53)	(0,26)	2,95	2,27	1,40	1
Baía da Ilha Grande	(0,53)	(0,26)	2,95	2,27	1,40	4
Angra dos Reis	(0,33)	(0,39)	2,82	2,47	1,14	51
Parati	(1,40)	0,28	3,50	1,40	2,50	8
Baixada Litorânea	(0,29)	0,06	3,08	2,33	1,27	3
Bacia de São João	(0,15)	0,62	3,83	2,65	1,49	2
Casimiro de Abreu	(0,23)	(0,40)	2,81	2,57	1,09	53
Rio das Ostras	0,22	0,99	4,20	3,01	1,39	35
Silva Jardim	(0,80)	1,01	4,23	2,00	2,12	13
Lagos	(0,31)	0,05	3,27	2,49	1,34	5
Araruama	(0,28)	0,89	4,11	2,52	1,63	27
Armação dos Búzios	(0,79)	0,49	3,71	2,01	1,85	16
Arraial do Cabo	(0,37)	(0,68)	2,53	2,43	1,04	57
Cabo Frio	0,08	(0,36)	2,86	2,88	0,99	61
Iguaba Grande	(0,17)	(0,12)	3,10	2,63	1,18	48
São Pedro da Aldeia	(0,82)	(0,51)	2,70	1,98	1,37	38
Saquarema	(0,60)	0,68	3,89	2,20	1,77	19
Macacu-Caceribu	(0,27)	(0,01)	3,20	2,53	1,28	7
Cachoeiras de Macacu	(0,52)	(0,06)	3,15	2,28	1,38	36
Rio Bonito	(0,02)	0,04	3,25	2,78	1,17	49
Centro-Sul Fluminense	0,43	(0,25)	2,97	3,22	1,03	5
Três Rios	0,15	(0,92)	2,29	2,94	0,81	16
Areal	(0,10)	(0,47)	2,75	2,69	1,02	58
Comendador Levy Gasparian	(0,37)	(0,81)	2,40	2,43	0,99	63
Paraíba do Sul	0,43	(1,05)	2,17	3,23	0,67	76
Sapucaia	(0,61)	0,42	3,64	2,19	1,66	26
Três Rios	0,27	(1,26)	1,96	3,07	0,64	78
Vassouras	0,51	0,45	3,66	3,31	1,30	6
Engenheiro Paulo de Frontin	0,49	0,61	3,82	3,29	1,16	50
Mendes	0,27	0,05	3,26	3,07	1,06	55
Miguel Pereira	(0,30)	1,04	4,25	2,50	1,70	23
Paracambi	(0,25)	(0,06)	3,16	2,55	1,24	45
Paty do Alferes	(0,62)	1,48	4,70	2,18	2,16	10

Anexo (Cont.)

Região/Microrregião/Município[1]	F1 = IOi	F1 = INSi	INSi transf. [2]	IOi transf. [2]	Razão INSi/IOi [3]	estadual
Vassouras	3,22	(0,07)	3,14	6,02	0,52	86
Médio Paraíba	0,73	(1,44)	1,98	3,70	0,61	8
Vale Paraíba RJ	0,74	(1,64)	1,58	3,54	0,46	18
Barra Mansa	(0,03)	(1,74)	1,47	2,77	0,53	85
Itatiaia	0,31	(1,26)	1,95	3,10	0,63	79
Pinheiral	(1,16)	(1,76)	1,46	1,63	0,89	68
Piraí	0,85	(0,74)	2,48	3,65	0,68	75
Porto Real	2,65	0,01	3,22	5,45	0,59	82
Quatis	0,36	(1,60)	1,62	3,16	0,51	87
Resende	1,67	(1,51)	1,71	4,47	0,38	90
Rio Claro	0,71	0,27	3,48	3,51	0,99	60
Volta Redonda	0,96	(1,97)	1,25	3,75	0,33	91
Barra do Piraí	0,03	(0,62)	2,59	2,83	0,97	12
Barra do Piraí	(0,55)	(0,56)	2,65	2,25	1,18	47
Rio das Flores	2,11	(0,15)	3,06	4,90	0,62	80
Valença	0,57	(0,75)	2,46	3,37	0,73	74
Metropolitana	(0,34)	(1,00)	2,21	2,45	1,12	4
Itaguaí	(0,79)	0,21	3,43	2,00	1,72	1
Itaguaí	(0,86)	(0,14)	3,08	1,94	1,59	28
Mangaratiba	(0,36)	0,21	3,42	2,44	1,41	34
Seropédica	(0,88)	0,65	3,87	1,91	2,02	14
Rio de Janeiro	(0,33)	(1,02)	2,19	2,46	1,12	8
Belford Roxo	(1,80)	(0,24)	2,97	1,00	2,97	4
Duque de Caxias	(0,87)	(0,30)	2,91	1,93	1,51	30
Guapimirim	(1,39)	0,91	4,12	1,41	2,92	5
Itaboraí	(1,03)	0,54	3,76	1,76	2,13	12
Japeri	(1,48)	0,89	4,11	1,31	3,13	2
Magé	(1,11)	0,39	3,60	1,69	2,13	11
Maricá	(0,82)	0,27	3,49	1,98	1,76	20
Mesquita	(1,76)	0,00	3,21	1,04	3,09	3
Nilópolis	(1,17)	(1,18)	2,03	1,63	1,25	44
Niterói	1,74	(2,21)	1,00	4,53	0,22	92
Nova Iguaçu	(1,14)	(0,36)	2,85	1,66	1,72	22
Queimados	(1,33)	0,49	3,70	1,46	2,53	6
Rio de Janeiro	0,18	(1,47)	1,74	2,98	0,59	83
São Gonçalo	(1,12)	(0,64)	2,57	1,68	1,54	29
São João de Meriti	(1,31)	(1,17)	2,04	1,49	1,37	37

ANEXO (CONT.)

REGIÃO/MICRORREGIÃO/MUNICÍPIO[1]	F1 = IOI	F1 = INSI	*INSI* TRANSF. [2]	*IOI* TRANSF. [2]	RAZÃO *INSI/IOI* [3]	*RANKING* ESTADUAL
Tanguá	(1,52)	1,29	4,50	1,28	3,53	1
Noroeste Fluminense	0,48	(0,30)	2,92	3,27	0,90	6
Itaperuna	0,51	(0,39)	2,82	3,30	0,86	15
Bom Jesus do Itabapoana	0,72	(0,01)	3,21	3,52	0,91	67
Italva	0,63	1,09	4,31	3,43	1,26	43
Itaperuna	0,52	(1,41)	1,80	3,32	0,54	84
Laje do Muriaé	0,08	0,93	4,15	2,88	1,44	32
Natividade	0,68	0,54	3,75	3,48	1,08	54
Porciúncula	(0,36)	(0,03)	3,19	2,43	1,31	42
Varre-Sai	1,05	3,28	6,49	3,85	1,69	24
Santo Antônio Pádua	0,43	(0,15)	3,06	3,23	0,97	11
Aperibé	0,63	(0,48)	2,74	3,43	0,80	70
Cambuci	(0,02)	0,14	3,35	2,78	1,21	46
Itaocara	0,16	(0,43)	2,78	2,96	0,94	66
Miracema	0,91	0,33	3,54	3,70	0,96	64
Santo Antônio de Pádua	0,54	(0,57)	2,64	3,34	0,79	71
São José de Ubá	(0,61)	1,19	4,40	2,18	2,01	15
Norte Fluminense	(0,10)	0,39	3,60	2,70	1,36	2
Campos dos Goytacazes	(0,16)	0,63	3,84	2,63	1,49	3
Campos dos Goytacazes	(0,07)	0,50	3,71	2,73	1,36	39
Cardoso Moreira	(0,79)	1,58	4,79	2,01	2,39	9
São Fidélis	(0,08)	(0,14)	3,08	2,72	1,13	52
São Francisco de Itabapoana	(0,65)	2,17	5,39	2,15	2,51	7
São João da Barra	(0,60)	0,69	3,90	2,19	1,78	17
Macaé	0,09	(0,26)	2,95	2,88	1,03	9
Carapebus	1,07	0,46	3,67	3,87	0,95	65
Conceição de Macabu	(0,30)	0,30	3,51	2,50	1,41	33
Macaé	(0,09)	(0,54)	2,68	2,71	0,99	62
Quissamã	1,69	1,35	4,57	4,49	1,02	59
Serrana	0,13	(0,70)	2,52	2,92	0,89	7
Cantagalo/Cordeiro	0,79	(0,86)	2,35	3,59	0,68	17
Cantagalo	0,89	(0,79)	2,42	3,69	0,66	77
Carmo	0,27	0,01	3,22	3,07	1,05	56
Cordeiro	0,74	(1,57)	1,65	3,53	0,47	88
Macuco	2,44	(1,16)	2,05	5,24	0,39	89
Nova Friburgo	(0,54)	(1,01)	2,21	2,26	0,95	13
Bom Jardim	(0,65)	0,60	3,81	2,15	1,77	18

Anexo (Cont.)

Região/Microrregião/Município[1]	F1 = IOi	F1 = INSi	*INSi transf.* [2]	*IOi transf.* [2]	Razão *INSi/IOi* [3]	*Ranking* estadual
Duas Barras	0,44	1,53	4,74	3,23	1,47	31
Nova Friburgo	(0,62)	(1,59)	1,62	2,18	0,74	73
Sumidouro	(0,07)	1,56	4,78	2,73	1,75	21
Santa Maria Madalena	1,45	0,76	3,97	4,25	0,98	10
Santa Maria Madalena	1,81	0,50	3,71	4,61	0,80	69
São Sebastião do Alto	2,09	0,64	3,86	4,89	0,79	72
Trajano de Moraes	0,48	1,14	4,35	3,27	1,33	40
Serrana	0,27	(0,62)	2,60	3,07	0,88	14
Petrópolis	0,49	(1,20)	2,02	3,28	0,61	81
São José do Vale do Rio Preto	(0,13)	1,22	4,44	2,66	1,67	25
Teresópolis	(0,10)	0,32	3,53	2,70	1,31	41

[1] Os valores em nível das regiões e microrregiões correspondem às médias dos valores municipais, ponderados pelas correspondentes populações municipais.
[2] Valores de *IOi* e *INSi* transformados linearmente por meio da equação 1.
[3] Razão dos valores transformados de *INSi* e *IOi*, conforme equação 2.

Referências

ALETRAS, V.; JONES, A. & SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. *In*: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A. & POSNETT, J. (Orgs.). *Concentration and Choice in Health Care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.

ARTMANN, E. & RIVERA, F. J. U. *Regionalização em Saúde e* Mix *Público-Privado*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, 2003. (Material Didático). Disponível em: <www.ans.gov.br//www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.203, de 6 nov. 1996. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOB - SUS 1996. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Secretaria de Assistência à Saúde. *Organização e Programação da Assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 544/GM, de 11 abr. 2001. Aprova as recomendações para orientar os convênios de investimentos ao processo de regionalização da assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional de assistência à saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 1.101, 12 jun. 2002. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Secretaria Executiva. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão: diretrizes operacionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. v. 1. (Série Pactos pela Saúde 2006)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Secretaria Executiva. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. v. 3. (Série Pactos pela Saúde 2006)

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. v. 4. (Série Pactos pela Saúde 2006)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Secretaria Executiva. *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. v. 5. (Série Pactos pela Saúde 2006)

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Investimentos e Projetos estratégicos. Secretaria Executiva. *Sistema de Apoio à Organização e Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde: auxiliando a elaboração de projetos de investimentos em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/somasus>.

BUNKER, J. P.; LUFT, H. S. & ENTHOVEN, A. Should surgery be regionalised? *Surgical Clinics of North America*, 62: 657-668, 1982.

HARMAN, H. *Modern Factor Analysis*. Chicago: University of Chicago Press, 1960.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais. *Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária*. Rio de Janeiro, 2005. (CD-ROM)

LEVCOVITZ, E. *Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*, 1997. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, J. C. *Gestão Estratégica de Sistemas de Saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macrooganizações*, 2003. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MANLY, B. F. J. *Multivariate Statistical Methods: a primer*. New York: Chapman and Hall, 1986.

McKEE, M. & HEALY, J. The role of hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 803-810, 2000.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Convergências e Divergências sobre gestão e regionalização do SUS.* Versão preliminar. Brasília: Conass, 2004. Disponível em: <www.conass.org.br/admin/arquivos/documenta6.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2007.

MINGOTI, S. A. *Análise de Dados através de Métodos de Estatística Multivariada: uma abordagem aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

NUNES, A. A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora. *Relatório de consultoria n. 130/2003*. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, 2004.

PESTANA, M. & MENDES, E. V. *Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria da Saúde, 2004.

PORTO, S. M. *et al.* (Coords.). Alocação geográfica de recursos em saúde. *Relatório final de projeto*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2005.

PORTO, S. M. *et al.* Metodologia de alocação de recursos financeiros federais do SUS. *Relatório final do projeto Reforsus*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2001.

SILVA, S. F. & DOBASHI, B. F. Um novo pacto no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, 34: 9-17, 2006.

SOUZA, R. R. A Regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 451-455, 2001.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

UGÁ, M. A. D. & MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetórias, contexto e constrangimentos. *In*: LIMA, N. T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

UGÁ, M. A. D. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 417-438, 2003.

WILKEN, P. R. C. *O Sistema Único de Saúde: uma realidade em construção*. Rio de Janeiro: H. P. Comunicação, 2005.